

Defectul fundamental

Michael Balint



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Michael Balint

Defectul fundamental

Aspecte terapeutice ale
regresiei

Traducere din engleză de
Caterina Popescu

TREI
2014

PSIHOLOGIE PSIHOTERAPIE

COLECȚIE COORDONATĂ DE
Simona Reghintovschi



THE BASIC FAULT: THERAPEUTIC ASPECTS OF
REGRESSION

Michael Balint

Copyright © 1968 by Enid Balint

© Editura Trei, 2014

pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București

Tel.: +4 021 300 60 90 ; Fax: +4 0372 25 20 20

e-mail: comenzi@edituratrei.ro

www.edituratrei.ro

ISBN ePUB: 978-606-719-239-1

ISBN PDF: 978-606-719-240-7

ISBN Print: 978-606-719-034-2

Editori: Silviu Dragomir, Vasile Dem. Zamfirescu

Director editorial: Magdalena Mărculescu

Redactor: Raluca Hurduc

Coperta: Faber Studio

Director producție: Cristian Claudiu Coban

Dtp: Ofelia Coșman

Corectură: Sînziana Doman, Mihail Nacu

Această carte în format digital (e-book) este protejată prin copyright și este destinată exclusiv utilizării ei în scop privat pe dispozitivul de citire pe care a fost descărcată. Orice altă utilizare, incluzând împrumutul sau schimbul, reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea, închirierea, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informației, altele decât cele pe care a fost descărcată, revânzarea sau comercializarea sub orice formă, precum și alte fapte similare săvârșite fără permisiunea scrisă a deținătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislației cu privire la protecția proprietății

intelectuale și se pedepsește penal și/sau civil în conformitate cu
legile în vigoare.

Lectura digitală protejează mediul

Versiune digitală realizată de elefant.ro



Cum să citim „Defectul fundamental“

O introducere la ideile semnificative ale lui Michael Balint cu privire la procesul tratamentului psihanalitic

Câteva reflecții personale

Încă am o amintire vie a entuziasmului pe care l-am simțit atunci când am citit *Defectul fundamental* pentru prima dată în 1969, la doar un an după publicare. Am citit cartea așteptând una dintre vizitele obișnuite ale lui Michael și Enid Balint la Cincinnati. Am fost gazda lor în multe dintre aceste vizite și, cu această ocazie, a fost din nou privilegiul meu să propun ca el să discute despre cartea cea nouă cu cadrele didactice de la facultate și cu rezidenții de la Departamentul de psihiatrie al Universității din Cincinnati (unde atât Michael, cât și Enid Balint erau profesori asociați). Îmi amintesc faptul că, inițial, Balint era oarecum sceptic cu privire la acest proiect, întrebându-se dacă era o idee bună să se dezbată un text psihanalitic atât de complex, cuprinzând chestiuni esențiale din psihanaliza clinică, cu un public care era alcătuit în mod predominant din psihiatri și rezidenți în psihiatrie. Insistasem ca toți să încercăm să descifrăm textul, astfel încât, datorită experienței lui profesionale din Cincinnati, care se întindea pe mai mult de o decadă, să fim pregătiți să înțelegem *Defectul fundamental*. Ca de obicei, el a acceptat provocarea, iar ședința a fost atât stimulatoare, cât și plină de informații.

Impactul principal al răspunsurilor versatile ale lui Balint a fost o reducere a îndoctrinării noastre exclusive referitoare la psihologia Eului, iar pentru unii dintre noi, o extindere a perspectivei asupra psihanalizei în direcția teoriei relațiilor de obiect. Surprinzător, Balint nu utilizase niciodată acest termen cu noi; el nu își denumise ideile sale inovatoare altfel decât psihanaliză, cu toate că, în scrierile sale psihanalitice, el s-a concentrat pe relațiile de obiect chiar de la început. Abordarea lui Balint a întărit incontestabil forța terapeutică a psihoterapiilor psihanalitice și ne-a oferit o alternativă la psihologia Eului, bazată pe teoria pulsionilor, alternativă care s-a focalizat pe posibilitatea de tratare a pacienților „mai bolnavi”. Vizitele lui Balint în general, dar cea din 1969 în particular, au constituit o ocazie unică de a confirma viziunea sa despre problemele clinice și teoretice care l-au preocupat de-a lungul întregii vieți; de a aprecia forța și claritatea sa admirabile, cuplate cu incertitudinea deschis exprimată despre diverse chestiuni recurente în psihanaliză; de a-i aprecia disponibilitatea lui de a nu avea un răspuns definit la aceste chestiuni și de a semnala necesitatea unor observații empirice suplimentare.

În prezent, când reflectez asupra discuției, după aproximativ douăzeci de ani, îmi dau seama că entuziasmul nostru era mult mai mare decât abilitatea de a percepe implicațiile extinse ale creației sale de pionierat. Am înțeles, într-adevăr, câteva dintre chestiunile majore clinice și teoretice din lucrările sale majore (Balint 1952, 1965, 1956) și din *Defectul fundamental* (Balint 1968); cu ajutorul cursurilor sale de psihoterapie, iar acum, prin explicarea ideilor sale, ca răspuns la întrebările rezultate din interpretarea și propria noastră activitate clinică.

Unii dintre noi au fost deja profund influențați în abordarea psihoterapiei și a psihanalizei — încă de la prima sa vizită în Cincinnati, în 1956 — de

prioritatea acordată de Michael Balint centralității numeroaselor fațete ale relației terapeut–pacient, inclusiv transferului. Această prioritate — rară în acea etapă a predării psihoterapiei — a accentuat faptul că activitatea de interpretare a terapeuților depinde, mai degrabă, de capacitatea de conștientizare a manifestărilor procesului terapeutic (adică detaliile subtile ale experiențelor ce se dezvoltă și se aprofundează între participanți, în relația lor), decât de conținutul prezentat de pacient în cadrul ședințelor.

În lecțiile sale clinice dramatice, încărcate de emoție, Balint respingea vehement speculații despre „dinamica“ și „genetica“ psihopatologiei pacienților, mai ales când speculațiile se bazau pe istorie, mai degrabă decât pe ceea ce pacientul și terapeutul trăiau împreună — și anume „relația de obiect“. Așadar, el s-a concentrat pe „cum pacientul a tratat doctorul“ și cum „doctorul a tratat pacientul“ ca repere pentru înțelegerea și caracterizarea naturii fiecărei activități terapeutice în parte. Pentru a ne exprima mai clar, prioritatea lui Balint era dinamica (și, mai târziu în cadrul tratamentului, genetica) relației și numai după aceea natura psihopatologiei specifice a pacientului — așa cum aceasta din urmă a rezultat din *relația pacient–terapeut*. O astfel de concentrare asupra relației — așa cum am înțeles treptat în cursul propriei experiențe formatoare clinice — s-a dovedit a fi un ghid solid, de încredere, pentru procesul terapeutic. Accentul pus pe relație a descurajat interpretările speculative despre psihopatologia pacientului, producând în schimb date clinice, observabile, experimentale. De asemenea, ne-a oferit modalități de evaluare a capacității noastre de înțelegere a experiențelor terapeutice ale pacienților, din moment ce acum puteam obține date empirice mai mult sau mai puțin directe pentru o validare consensuală a înțelegerii și a intervențiilor noastre. Cel mai

remarcabil lucru a fost disponibilitatea lui Balint de a *experimenta* și de a *prezice* rezultatele astfel încât să studieze eficiența intervențiilor sale.

Un fenomen ciudat s-a petrecut în timpul activității de profesor asociat timp de o decadă și jumătate la Universitatea din Cincinnati. În cadrul diverselor întâlniri prezidate de Michael și Enid Balint (conferințe clinice, demonstrații de terapie de grup prin geamul-oglină, ședințe cu interniști și generaliști, prezentări de lucrări formale etc.), entuziasmul corpului profesoral și al rezidenților a fost extraordinar. Totuși, după ce Michael și Enid Balint au părăsit Cincinnati, și în intervalul dintre vizitele lor anuale, parcă nu ar fi predat niciodată acolo. Aparent, nu s-a înregistrat un impact durabil al prelegerilor lor asupra majorității personalului didactic și rezidenților, cu excepția unei minorități ne semnificative. Cursurile clinice ale lui Balint, bazate pe teoria relațiilor de obiect, nu au penetrat semnificativ, vizibil, în psihologia Eului, dominantă în facultate. De ce s-a produs acest fapt, în ciuda entuziasmului profund al tuturor arătat pe durata vizitelor superiorității terapeutice demonstrate de abordarea lor? Această întrebare se plasează în contextul mai larg al acelor elemente, favorizante sau obstructive, care le permit sau nu psihanalistilor și psihoterapeuților să-și extindă viziunea. De ce fel de experiențe (clinice sau de altă natură) au nevoie psihanalistii și psihoterapeuții pentru a se convinge că trebuie să-și schimbe metodele de tratament și, în consecință, teoriile?

Fără a încerca să răspundem aici la aceste întrebări complexe, pot identifica un obstacol puternic pe baza observațiilor mele: abordarea lui Michael și Enid Balint necesită o prezență mai flexibilă și emoțională a terapeutului în situația de tratament, o acceptare a contribuțiilor terapeutului la procesul terapeutic și astfel o recunoaștere a

importanței aportului ambilor participanți pentru rezultatul tratamentului.

Faptul că terapeutul nu mai putea să considere doar psihopatologia pacientului ca pe un obstacol real, ci trebuia, de asemenea, să includă ca factor esențial propria abordare terapeutică, a creat o opoziție puternică în rândul celor care preferau psihologia Eului bazată pe teoria pulsionilor, lucru ce a permis — și probabil chiar a sugerat — doar o prezență în umbră, fără un profil clar definit, al terapeutului, în spatele unor „neutralități“ și „abstinențe“ (adesea interpretate greșit) din decorul terapeutic. Fără o atmosferă favorabilă, cooperantă, în contextul terapeutic și un angajament comun al personalului didactic de a examina noile idei în mod perseverent, puțini membri ai grupului nostru au îndrăznit să se alăture unui inovator ca Balint, care era superior celorlalți și considerat un rebel. Ideile sale progresiste nu găsiseră încă o audiență dornică să renunțe la scepticism, pentru a accepta și înțelege problemele și soluțiile clinico-teoretice propuse de el. Din motive pe care le vom discuta curând, opera lui Balint nu a putut depăși cu succes această barieră în Statele Unite în timpul vieții sale.

Reacția celor de la Universitatea din Cincinnati la cursurile lui Balint în general și la *Defectul fundamental* în particular nu constituia doar un fenomen local, provincial. Ea reflecta atenția minimă acordată sau respingerea completă a contribuțiilor sale psihanalitice de către comunitatea psihanalitică tradițională, dominantă în această țară (vezi, de exemplu, Evans 1955, Ruddick 1959 și Baudry 1970). În acea epocă, Balint și-a împărțit soarta, în Statele Unite, cu alți teoreticieni britanici ai relațiilor de obiect: o cunoaștere insuficientă a operei lor, respingere silențioasă sau repudiere vehementă — o astfel de repudiere fiind rezervată pentru Melanie Klein și adepții ei.

Probabil că, în acest moment, o caracterizare succintă a lui Michael Balint și a creației sale ne va permite să prezentăm corect ideile sale despre procesul de tratament psihanalitic al pacienților în regresie severă. În acest scop, voi examina cum se poate interpreta *Defectul fundamental* în contextul epocii primei sale publicări, în 1968, și cum se poate interpreta acum, în 1992.

Omul și opera sa

Pentru cei care l-au cunoscut personal, care erau familiarizați cu scrierile sale și care au participat în numeroase contexte la cursurile sale, sau pentru cei care fac acum efortul să îi studieze lucrările cu meticulozitate, Michael Balint se evidențiază ca o figură proeminentă în psihanaliza din Europa postbelică. Ca analizand și student al lui Sandor Ferenczi — precum și executorul și succesorul său literar —, Balint a abordat problemele teoretice și clinice din psihanaliză cu același curaj și același spirit independent, dar cu o minte mai disciplinată, din punct de vedere științific, decât mintea celui care i-a fost analist, profesor, coleg și prieten. El s-a ivit pe scena psihanalitică europeană (și mai târziu, pe cea internațională, iar apoi, în 1939, după ce s-a mutat în Anglia, pe scena britanică) având contribuții originale după obținerea calificării ca psihanalist în Ungaria, în 1926.

Michael Balint (inițial Bergsmann) s-a născut în Budapesta, Ungaria, pe 3 decembrie 1896, fiind fiul unui medic generalist, care i-a influențat alegerea carierei medicale. Balint a crescut într-un mediu cultural foarte sofisticat, era erudit, având cunoștințe vaste despre majoritatea disciplinelor: istorie, sociologie, antropologie culturală, politică, geografie, filosofie, literatură, poezie și dramaturgie, arte și, desigur, literatura și istoria psihanalizei. Întotdeauna l-am privit cu fascinație, ca pe un specimen aparținând unei rase pe cale de dispariție, cea a omului vechi, renașcentist, din

psihanaliză. Inițial, Balint a fost atras de științe, a studiat chimia, biochimia și matematica — chiar a studiat matematica la un moment dat — și apoi a urmat Facultatea de medicină la Universitatea din Budapesta, terminându-și studiile în 1918, însă diploma de doctor în medicină a primit-o abia în 1924. S-a căsătorit curând după ce a absolvit Facultatea de medicină și, împreună cu soția sa, Alice (care mai târziu a devenit psihanalist și care a fost colegul cel mai apropiat al lui Balint, până la moartea ei prematură, în Manchester, Anglia, în 1939), s-a mutat la Berlin. Acolo, el a lucrat o vreme ca biochimist, obținând un doctorat în biochimie, și a practicat medicina internă în timp ce își începea formarea psihanalitică. În cadrul acelei perioade, el a combinat interesele pentru medicină și psihanaliză analizând pacienți cu boli psihosomatice — devenind astfel prima persoană în istorie care s-a ocupat de aceste afecțiuni.

Formarea analitică a lui Balint (și a soției sale, Alice) a început cu Hanns Sachs, la Berlin. După aproximativ doi ani, atât el, cât și Alice și-au considerat analizele nesatisfăcătoare și s-au mutat înapoi în Budapesta în 1924, pentru a continua cu Ferenczi. Această a doua experiență (de asemenea cu durata de aproape doi ani) a fost mult mai favorabilă pentru Michael Balint (probabil și pentru Alice) și, în ciuda unor incursiuni în medicina internă la Budapesta, a influențat decisiv cotitura lui către psihanaliză. După aceea, Balint a progresat rapid printre psihanaliztii unguri, devenind directorul Clinicii Psihanalitice din Budapesta, după moartea lui Ferenczi în 1933, la vârsta de treizeci și șapte de ani. (Pentru date biografice adiționale, a se vedea Sutherland 1980; Whitman 1977; Harmat 1988; pentru o prezentare mai sistematică a unor date biografice și a unei evaluări recente a contribuțiilor științifice ale lui Balint, a se vedea Haynal 1988, care, de asemenea,

a instituit Arhivele Balint la Universitatea din Geneva, Elveția; și Bacal, 1990.)

Balint și-a strâns lucrările psihanalitice cele mai semnificative scrise între 1930 și 1953 în *Iubire primară și tehnica psihanalitică*¹ (Balint 1952; ediție lărgită 1965) și în *Probleme de comportament și plăcere umană*² (Balint 1956). În prima lucrare, Balint și-a împărțit scrierile sub trei teme: „Pulsiuni și relații de obiect“ (zece capitole), „Probleme de tehnică“ (opt capitole) și „Probleme de formare profesională“ (două capitole) — reflectând zone de interes științific major din domeniile psihanalitice importante. În cea de-a doua lucrare, Balint și-a aranjat textele ținând cont de următoarele teme: „Individul și comunitatea“ (șapte capitole), „Probleme clinice“ (șase capitole) și „Oameni și ideile lor“ (șapte capitole) — reflectând aplicații ale abordării sale clinico-teoretice la probleme concrete, bine delimitate, care se raportează la o gamă largă de subiecte.

Aceste colecții au fost urmate de monografia despre *Senzații puternice și regresii*³ (Balint 1959) — în special contribuțiile lui Balint la caracterologia psihanalitică —, o punte către cartea care a devenit capodopera sa psihanalitică: *Defectul fundamental* (Balint 1968).

În plus, contribuțiile lui Balint la medicină — prin metoda de formare numită „Grupurile Balint“ — în colaborare cu soția sa, Enid (cu care s-a căsătorit în 1953), sunt cel mai bine cunoscute în lume. În aceste grupuri Balint, un număr de medici (în principal medici generaliști, interniști și alții) se adunau săptămânal pentru a discuta experiențele clinice în desfășurare. Grupurile demonstau filosofia pedagogică și abilitățile educaționale ale lui Balint, în care el se putea abține să „predea“ și, în schimb, îi ajuta pe membrii grupului să „învețe“ din propriile experiențe. Discutarea acestor experiențe clinice zilnice includea —

aceasta fiind esența abordării lui Balint — o atenție deosebită acordată calității proprii participării a doctorilor la procesul de diagnostic și tratament. Prioritatea dată atmosferei create de doctori, intervențiile specifice folosite (și motivațiile acestora) au făcut din aceste ședințe de grup experiențe unice de învățare emoțional-intelectuală.

*Doctorul, pacientul său și boala*⁴ (Balint 1957; ediție revizuită și lărgită în 1964), o formă rafinată a acelei lucrări, a devenit de mult timp o lucrare clasică și, împreună cu *Tehnici psihoterapeutice în medicină*⁵ (Balint și Balint 1961) și alte monografii mai mici scrise cu diverși colaboratori ai grupurilor Balint, atestă impactul enorm al grupurilor asupra domeniului practicii medicale generale.

Un alt domeniu psihoterapeutic în care Balint a fost pionier îl constituie *Psihoterapia focală — un exemplu de psihanaliză aplicată*⁶ (Balint, Ornstein și Balint 1972) — un efort de a scurta cu succes procesul terapeutic al unor pacienți, fără a sacrifica profunzimea, formulând de timpuriu un punct central, în cursul evaluării, și limitând munca interpretativă ulterioară (cât de mult posibil) în cadrul acelui punct central ales. Acest domeniu, de asemenea, a primit mai puțină atenție decât merita, în această țară, probabil deoarece a evitat răspunsuri manipulative sau alte scurtături, în favoarea unei abordări analitice, interpretative — o abordare mai dificil de achiziționat, fără o experiență psihoterapeutică analitică pe termen lung, sau măcar intensivă.

Acest scurt rezumat prezintă interesele ample ale lui Balint și evidențiază contribuțiile sale majore. Cunoașterea conținutului celor două volume de *Opere complete* ar fi sporit fără îndoială aprecierea cititorilor pentru cele două monografii următoare la vremea publicării lor. O cunoaștere amănunțită a activității sale din grupurile Balint,

precum și a cărților și studiilor care au rezultat din acea activitate i-ar fi permis cititorului să recunoască faptul că Balint era un gânditor și un practician psihanalitic prin excelență, indiferent de cadrul în care se întâmpla să lucreze — fie în spatele canapelei, făcând analiză (șase ore zilnic, în medie), fie în grupurile Balint sau ocupându-se de psihoterapie de grup sau focală. În mod semnificativ, toate creațiile sale împărtășesc aceleași caracteristici, fiind penetrate de atitudinea sa fundamentală psihanalitică, sensibilitate, cunoștințe și abilități. Psihanaliștii englezi au recunoscut acest lucru, datorită contribuțiilor sale la psihanaliza propriu-zisă (în special la teoria relațiilor de obiect și la formarea psihanalizatorilor), pe durata întregii sale vieți profesionale în Anglia, precum și datorită devotamentului său dedicat progresului psihanalizei, în timpul ultimilor doi ani de viață, ca președinte al Societății Psihanalitice Britanice — ceea ce l-a plasat, în final, în centrul psihanalizei britanice. J.D. Sutherland spunea în necrologul lui Balint: „În calitate de reprezentant al gândirii psihanalitice, Balint poate fi considerat în viitor printre mințile originale remarcabile, după Freud și cercul său de adepți. El a publicat mai multe cărți și studii despre teoria psihanalitică de bază. O estimare a creației sale va fi o sarcină majoră...” (Sutherland, 1971).

La fel, analiștii germani l-au recunoscut pe Balint ca pe un psihanalist formidabil, întrucât el participase activ la reconstruirea psihanalizei în Germania postbelică și analizase (în Londra) câțiva psihanalizatori germani care aveau să devină unii dintre cei mai importanți. Unii analiști germani au câștigat o experiență directă a abordării sale din cadrul grupurilor Balint (așa cum au procedat analiștii elvețieni și francezi) înainte ca acestea să se răspândească în alte țări. Totuși, în Statele Unite Balint, din celebrele „Grupuri Balint”, a fost mult timp, pe nedrept, desconsiderat

în calitate de psihanalist renumit, de marcă. În primul rând, era considerat o persoană care populariza psihanaliza în medicina generală, fără să i se recunoască enormele contribuții originale la psihologia practicii medicale. Fără îndoială, el „populariza” psihanaliza printre medici, dar aceasta nu era, desigur, întreaga poveste, așa cum demonstrează scrierile sale și așa cum va arăta și acest eseu introductiv.

O interpretare din 1968 a *Defectului fundamental*

Majoritatea psihanalistilor din această țară nu au fost suficient de receptivi la *Defectul fundamental* în 1968. Balint își împărtășise comunității psihanalitice ideile în curs de elaborare, din studiile sale despre „Pulsiuni și relații de obiect”, precum și „Probleme de tehnică” (Balint, 1952; retipărit în 1959; extins în 1965) la intervale frecvente după 1930. Însă, aceste colecții de studii — despre ideile în legătură cu sexualitatea umană, relațiile de obiect și tratarea regresiei profunde în pacienți — nu au stârnit un interes suficient de larg în interiorul comunității analitice. (A se vedea, de exemplu, o recenzie neentuziastă scrisă de Evans în 1955 și Ruddick în 1959.)

Anii 1930, 1932 și 1935 au fost ani de cotitură în cariera analitică, aflată în expansiune, a lui Balint. În acești ani, el și-a prezentat câteva opinii importante care au precedat ideile sale fundamentale, care au ajuns treptat la forma definitivă, matură și care ulterior au fost formulate mai cuprinzător și oarecum mai sistematic în *Defectul fundamental*. Devreme în cariera sa de psihanalist, Balint a început să-și concentreze atenția asupra sexualității, relațiilor de obiect și tehnicii analitice, pe care le-a dezvoltat constant ulterior. (Ar fi edificator să urmărim experiențele sale clinice, modul de teoretizare și datele observate care au condus la *Defectul fundamental*,

pas cu pas — ceea ce nu poate fi realizat în acest context — și astfel să apreciem pe deplin geniul creativ al lui Balint și să ne dăm seama unde nu îl putem înțelege.)

Primul dintre aceste studii, prin care și-a inițiat călătoria de investigare clinică, a fost „Paralele psihosexuale la legile fundamentale ale biogeneticii” (Balint, 1930[1965]), prezentat la a doua conferință a Societății Psihanalitice Germane de la Dresda, unde el a introdus termenul „nou început”. Cel de-al doilea studiu a fost „Analiză de caracter și nou început” (Balint, 1932[1965]), fiind prezentat la Al XII-lea Congres Internațional Psihanalitic (Wiesbaden, Germania), un forum prestigios, cu o mare vizibilitate. Acest studiu a elaborat mai amplu conceptul de „nou început”, care mai târziu a devenit o experiență indispensabilă pentru pacienți, permițându-le să emeargă de la o regresie adâncă la nivelul defectului fundamental, fiind, prin urmare, o condiție necesară pentru vindecare. Al treilea studiu, „Note critice despre teoria organizării pregenitale a libidoului” (Balint, 1935[1965]), a fost susținut la Societatea Psihanalitică din Viena, un public nu mai puțin important. Prezentarea acestei lucrări în Viena a necesitat un curaj considerabil, deoarece ea infirma elemente importante ale teoriei freudiene a libidoului.

În Viena, Balint a introdus ideea că manifestările vizibile, zgomotoase, susținute, ale sexualității pregenitale nu constituie exprimări ale pulsionilor parțiale, biologice, așa cum afirma Freud, ci sunt consecințele unor reacții traumatice, defectuoase din partea obiectelor primare ale bebelușului. Astfel, toate aceste trei lucrări conțineau baza conceptelor și teoriilor clinice ulterioare, precum și recomandările sale tehnice în curs de dezvoltare. În plus, lucrările îl arătau pe Balint ca pe un analist extrem de inovator, care era — așa cum recunoaștem în prezent — mult

înaintea epocii sale, deși continuând activitatea lui Ferenczi, ceea ce a stârnit suspiciunile comunității tradiționale față de opera sa. Psihanaliștii americani aveau rezerve mai ales la recomandările sale că pacienții, la sfârșitul analizei, aflați în faza de nou început, adesea au nevoie de o anumită formă de act simbolic (cum ar fi atingerea, ținerea unui deget etc.). În opinia lui Balint, acest act simbolic dădea curs unui acord sensibil, deoarece el considera experiențele de la nivelul defectului fundamental ca fiind preverbale, avându-și sursa în matricea dintre două persoane, și fiind astfel incapabile să se exprime într-un limbaj adult, necesitând alte mijloace de comunicare — prezența tăcută și/sau actele simbolice. Contribuțiile sale ulterioare (reluări ale articolelor din cele două colecții) au continuat în aceeași manieră inovatoare, bine argumentată, alături de observațiile clinice. În această țară, ele au fost, de asemenea, receptate diferit.

Majoritatea de-abia le-au observat, din moment ce aproape toți analiștii nu au reușit să integreze observațiile lui Balint în propriile lor experiențe clinice. Viziunea psihanalitică americană a fost mult restricționată de un anume interes rigid cu privire la „analizabilitate“, ca și cum aceasta ar fi fost exclusiv o caracteristică definită a pacientului și nu ar fi depins în aceeași măsură și de analist. Balint s-a concentrat nu asupra analizabilității, ci asupra „ajustării“ dintre analist și pacient și s-a luptat cu problema referitoare la receptivitatea analistului și cu întrebarea ce fel de atmosferă clinică (adică ce fel de relație de obiect) este căutată într-un anumit stadiu al analizei. Extremele regresiei pe care el le-a înfățișat erau necunoscute celor care au lucrat doar cu așa-ziii pacienți nevrotici analizabili. Și, în lipsa unor rapoarte analitice detaliate, nu s-a putut obține o imagine cu adevărat potrivită asupra a ceea ce Balint a realizat realmente, indiferent cât de mult el a *descriș*, mai

degrabă decât să *exemplifice* ceea ce a făcut. Însă, poate chiar nici detaliile clinice ilustrative nu ar fi stimulat suficient receptivitatea și interesul fără o oarecare potrivire a experienței clinice și cu atâtea prejudecăți împotriva spiritului experimental al lui Ferenczi și Balint.

Probabil că un alt motiv al dezinteresului s-a datorat modului său de teoretizare: limbajul său idiosincratic era oarecum confuz, din moment ce Balint, simultan, a insistat să rămână în cadrul paradigmei freudiene. Cele două nu au putut să fie reconciliate cu ușurință. „Cele trei arii ale psihismului“ (Balint, 1957) — „aria oedipiană“, „aria defectului fundamental“ și „aria creației“ —, toate aflate în interiorul domeniului Eului, au fost prea vagi, pe de o parte, și probabil prea rigid schițate, pe de altă parte, și s-ar putea, de asemenea, să-i fi descurajat pe colegii săi americani, care nu au reușit să găsească o valoare euristică suficientă în concepțiile sale. Curând după aceea, Balint și-a extins noua teorie asupra psihismului într-o lucrare intitulată „Narcisism primar și iubire primară“ (Balint, 1960), afirmând că „narcisismul primar“ era imposibil de susținut. El a înlocuit conceptul cu noțiunea de „relație de obiect primară, arhaică“ sau „iubire primară“ — piatra de temelie a ideilor sale ulterioare. Aceste două lucrări teoretice au fost urmate de două comunicări clinice concentrate asupra progresului, în „Pacientul în stare de regresie și analistul său“ (Balint, 1960) și în „Forme benigne și maligne de regresie“, unde el și-a detaliat principiile tehnice și le-a corelat cu teoria sa recent articulată asupra psihismului. Aceste patru lucrări (cu unele modificări și dezvoltări) constituie cea mai mare parte din *Defectul fundamental*.

Doar o minoritate analitică (eu însumi fac parte din ea), cei care au lucrat cu pacienți „mai bolnavi“, a recunoscut importanța muncii lui Balint și a reacționat cu mai multă deschidere și

receptivitate (Ornstein, 1971; Ornstein și Goldberg, 1973 și 1973b). Deși teoria lui Balint asupra psihismului (cele trei „arii”) și noul început — pe care puțini l-au observat, iar și mai puțini au știut cum să îl provoace — nu au rezistat, multe dintre ideile și abordările sale cu privire la tratament au fost totuși semnificative. Ideea sa că defectul fundamental reflectă consecințele actuale ale unor experiențe traumatice timpurii în relația bipersonală; că ele pot fi re trăite și vindecate pe cale analitică (chiar dacă vindecarea lasă o cicatrice); că aria defectului fundamental nu se caracterizează în conflicte specifice — că ea relevă o „deficiență” care trebuie să fie reparată; că traumatismul s-a petrecut legat de obiectele primitive —, toate acestea au fost demne de o cercetare amănunțită ulterioară. Totuși, trebuie să acceptăm că aceste concepții și principii tehnice nu au putut să fie inserate în cadrul paradigmei americane a psihologiei Eului. Ele solicitau o schimbare a teoriei relației de obiect, care cu dificultate a fost considerată ca fiind necesară sau acceptabilă în această țară. Cei care erau familiarizați cu pacienții care aparțineau „domeniului în plină expansiune al psihanalizei” au început să fie mai puțin mulțumiți de limitările teoretice ale psihologiei Eului, însă nu erau încă pregătiți, la sfârșitul anilor șaiszeci și începutul anilor șaptezeci, să adopte ideile teoreticienilor englezi ai relațiilor de obiect, care au contribuit în mod semnificativ la extinderea domeniului psihanalizei atât din punct de vedere clinic, cât și teoretic.

Balint s-a aflat în fruntea teoreticienilor britanici ai relațiilor de obiect, aducând conceptele sale cheie din Ungaria, în care teoria relațiilor de obiect se revendica de la Ferenczi. El ne-a demonstrat că au existat moduri alternative de gândire și de lucru — și astfel ne-a captat interesul. Chiar dacă recomandările sale teoretice și tehnice nu au fost

adecvat ilustrate cu detalii clinice, fiind dificil pentru noi să le traducem în practica actuală, el ne-a încurajat să căutăm o înțelegere mai bună și o abordare practică mai argumentată. Activitatea sa ne-a pregătit pentru apariția psihologiei Sinelui a lui Heinz Kohut, ale cărui idei cruciale au fost oricum anticipate de Balint într-un context foarte diferit (Bacal 1990).

Pentru a concluziona, în această țară parcurgerea timpurie a lucrărilor lui Balint, inclusiv *Defectul fundamental*, a fost stimulată de două atitudini contradictorii: una cu privire la extinderea definiției înguste a psihanalizei ca metodă de tratament și descurajarea unei adeziuni prea rigide la paradigma psihologiei Eului. Sub sloganul „extinderea domeniului de aplicare al psihanalizei“, modificările tehnice („parametrii“) au fost acceptabile, însă nu și o schimbare a paradigmei de bază. O astfel de schimbare de paradigmă a fost considerată nefondată din moment ce psihologia Eului — astfel s-a susținut — era suficient de capabilă să cuprindă și să se adapteze la toate schimbările clinice dorite. Cei care nu au fost convingși de caracterul adecvat al introducerii parametrilor (sperând să-i facă să devină inutili mai târziu, prin interpretarea semnificației lor) și care se aflau în căutarea unei soluții mai bune la problemele lor clinice au întâmpinat cu căldură abordarea practică, inovatoare, deschisă și rezonabilă a lui Balint. Iată ce oferea această abordare: o creștere a receptivității clinice, o șansă de a învăța modul de a „fi cu pacientul“, precum și o achiziție graduală a felului în care să fii „prezent afectiv“ în situația terapeutică. Toate acestea le-au revenit celor care au reușit să pătrundă în viziunea teoretică și clinică a lui Balint după ce au depășit presiunea grupului și supremația paradigmei.

Au existat anumite probleme. Ideea de a crea o „atmosferă potrivită“ sau de a „oferi o formă

particulară de relație de obiect“ — ca și cum cea din urmă ar fi trebuit să fie modelată și ameliorată, mai degrabă decât să se desfășoare și să se dezvolte spontan — nu a fost întotdeauna ușor de tradus în activitatea terapeutică sau analitică dacă analistul nu îl urma pe Balint în actul său simbolic. O altă problemă decurge din ideea sa că experiențele de la nivelul defectului fundamental nu ar putea să fie exprimate într-un limbaj adult (cu un înțeles convențional); el a expus atât de evocator aceste experiențe, încât descrierile sale cu privire la stările primitive sunt astăzi inegalabile (vezi în special Balint, 1959). El ne-a autorizat să comunicăm cu pacienții noștri chiar în mijlocul experiențelor lor primitive (așa cum acestea iau ființă în cabinet), chiar în limbajul în care el a zugrăvit aceste experiențe. Balint a avut o abilitate stranie de a descrie aspecte de comunicare ale regresiei dovedind că, și în absența limbajului adult, multe lucruri pot fi învățate de la pacienți în situația analitică. Delimitarea precisă făcută de Balint celor trei arii — aria oedipiană cu limbajul adult, aria defectului fundamental fără un limbaj adult (preverbală), aria creației fără limbaj (în mare măsură inaccesibilă) — a devenit oarecum schematizată și concretizată.

Poate că aceasta indică faptul că, în ciuda a tot ceea ce teoria lui Balint a avut de oferit, din abordarea sa a lipsit un ghid mai sigur de tratament. El a fost primul care a conștientizat lucrul acesta. În timp, ar fi putut dezvolta un astfel de model din moment ce a fost neconținut în căutarea unuia. Pentru un număr din ce în ce mai mare de pacienți, totuși, o „reparare“ a psihologiei Eului (prin extinderea sau modificarea sa) nu ar fi fost suficientă. Psihanaliza pare să fie destinată unei reconstrucții majore.

Aceasta ne conduce către lectura actuală a *Defectului fundamental*. Însă, mai întâi, anumiți termeni specifici ai lui Balint precum „iubire

primară“ („relație de obiect primitivă sau primară“), „defect fundamental“ și „nou început“ au fost folosiți până acum în acest eseu doar făcând aluzie superficială la înțelesul lor deplin și la poziția lor teoretică și clinică specifică din lucrarea lui Balint. Cititorul îi va întâlni, desigur, în mod repetat, în expunerea lui Balint, însă va trebui să adaug aici un set de definiții ale acestor termeni pentru a asigura o orientare către un domeniu straniu care pentru cititorul din 1992 nu va mai fi astfel.

Iubirea primară. La baza dezvoltării inovațiilor teoretice ale lui Balint se află o presupunere fundamentală conform căreia „scopul oricărui efort uman este să stabilească — sau probabil să restabilească — o armonie globală cu mediul, să poată iubi“. (Balint, 1968). Sugerând înlocuirea teoriei narcisismului primar (care presupune că nu există niciun obiect la începutul vieții extrauterine) cu iubirea primară (care presupune o formă a relației de obiect imediată, primitivă sau primară), Balint, în acord cu angajamentul său metodologic de a se concentra pe datele practice, a trebuit să spună: „Experiențele clinice cu pacienții ar trebui să fie folosite pentru a elabora o teorie nouă care ar putea să o înlocuiască pe cea a narcisismului primar și care s-ar preta mai bine la verificare sau respingere prin observația directă“ (Ibid.). Acesta este un laitmotiv în lucrarea lui Balint care consideră că noțiunea de relație de obiect intensă, primară are o putere irezistibilă asupra narcisismului primar. El continuă: „Toate aceste forme primitive de relație de obiect au ca trăsătură comună faptul că obiectul este considerat aici ca fiind de la sine înțeles. [...] În această relație bipersonală armonioasă, doar unul dintre parteneri poate avea dorințe, interese sau nevoi proprii; fără necesitatea de a face dovada, este acceptat faptul că celălalt partener, obiectul sau domeniul benefic vor avea, automat, aceleași dorințe, aceleași

interese și aceleași speranțe (Ibid. 70). Aceasta este iubirea primară sau relația de obiect primară și ea constituie fundamenul ideilor lui Balint. O concluzie importantă este aceea că sadismul și ura sunt fenomene secundare, consecințe ale unor inevitabile frustrări, astfel că manifestările narcisismului sunt întotdeauna secundare (din moment ce nu există starea de narcisism primar).

Defectul fundamental. Este un nivel al experienței sau o arie a psihismului care, din punctul de vedere al lui Balint, derivă dintr-o varietate de tulburări posibile în relația primară de obiect. El scrie: „După părerea mea, originea defectului fundamental poate fi descoperită într-o disproporție considerabilă între nevoile psihofiziologice ale unui subiect în cursul fazelor precoce ale dezvoltării sale și îngrijirile, atenția și afecțiunea de care el a dispus în această perioadă atât pe plan material, cât și afectiv. Rezultă de aici o stare de carență ale cărei consecințe și efecte retroactive par să nu fie decât parțial reversibile. Cauza acestei discrepanțe timpurii poate fi congenitală, adică nevoile psihofiziologice ale sugarului pot să fi fost pretențioase [...] sau poate proveni din mediu, cum ar fi îngrijirile insuficiente, incomplete, deficiente, întâmplătoare, hiperanxioase, supraprotectoare, crude, rigide, de o mare inconsecvență, neregulate, necoordonate, hiperexcitante sau, pur și simplu, lipsite de înțelegere și indifferente“ (Ibid. 22).

Defectul fundamental are o poziție clinică și teoretică intercorelată în lucrarea lui Balint. Clinic, el cuprinde diversele tulburări ale narcisismului secundar (anterior văzute ca tulburări pregenitale sau preoedipiene), iar teoretic, le atribuie tulburărilor din relația de obiect mai sus menționată, în loc să le considere o pulsione parțială aparținând fenomenelor biologice primare. Balint descrie defectul fundamental în limbajul și imageria pacientului: „Pacientul spune că are

sentimentul că are în el un defect, defect care trebuie reparat. Și acesta este simțit ca fiind o deficiență și nu un complex, un conflict sau o poziție. În al doilea rând, există sentimentul că provine de la cineva care fie i-a produs un defect pacientului, fie a fost deficient în ceea ce îl privește; și, în al treilea rând, această zonă este invariabil înconjurată de o mare angoasă care se exprimă, în general, sub forma unei cereri disperate ca, de data aceasta, analistul să nu îl respingă — iar analistul nu trebuie să o facă“ (Ibid. 21).

Noul început. Procesul de vindecare a defectului fundamental depinde de capacitatea pacientului de a regresa la acest nivel în cursul tratamentului, ca și de capacitatea analistului de a crea atmosfera necesară și de a-i permite pacientului să găsească nivelul la care a trebuit să regreseze pentru a reapărea capabil să aibă o relație de obiect diferită, mai matură. Astfel, noul început este corelativul tehnic și clinic al defectului fundamental. „Noul început înseamnă: (a) reîntoarcerea la ceva «primitiv», la un punct anterior începutului unei evoluții viciate, pe care am putea-o descrie ca o regresie și (b) simultan descoperirea unei căi noi, mai potrivită (de relaționare cu obiectele de iubire și de ură), care conduce către un progres“ (Ibid. 132).

Regresia este încă un concept-cheie în procesul de tratament, o condiție prealabilă pentru a atinge defectul fundamental și pentru a realiza noul început. Formele sale posibile „regresia care are ca scop recunoașterea“ și „regresia care are ca scop gratificarea“ joacă un rol important în concepția lui Balint cu privire la succesul și eșecul procesului terapeutic.

O lectură a *Defectului fundamental* în 1992

Timp de douăzeci și patru de ani, atmosfera în psihanaliza americană s-a schimbat considerabil.

Schimbarea a venit lent și s-a instalat în două domenii conexe. Psihologia Sinelui a lui Kohut a tulburat instituția psihanalizei la sfârșitul anilor șaiszeci și începutul anilor șaptezeci. A fost oferită o nouă paradigmă psihanalitică — a realizat o revizuire necesară — care curând a dat curs mai multor controverse și dezbateri. Parțial ca răspuns la creșterea acceptării ideilor lui Kohut, a crescut în mod lent și atent interesul pentru teoriile britanice cu privire la relațiile de obiect aparent ca un antidot. Teoriile relațiilor de obiect, incluzându-le pe cele care au început să se dezvolte în această țară, nu au părut atât de amenințătoare pentru paradigma dominantă; ele au fost considerate ca extinderi ale acesteia. Interesul în creștere pentru teoriile relațiilor de obiect — în general motivat de căutarea mai extinsă a unor noi abordări ale stărilor narcisice și borderline — a avut un impact benefic asupra atenției acordate *Defectului fundamental*. O republicare a cărții în 1979 a arătat deja interesul din ce în ce mai mare pentru lucrarea lui Balint ca urmare a schimbărilor culturale care au prefigurat pluralismul teoretic actual în psihanaliză. (În legătură cu aceasta, sunt foarte instructive studiul lui Daniel Lagache, 1953 și studiul lui Masud Khan cu privire la opera lui Balint imediat după publicarea *Defectului fundamental* [Khan, 1969]) care oferă o interpretare foarte diferită. La fel vor proceda Haynal în 1988 și Bacal în 1990).

În timp ce un asemenea pluralism exista deja în Societatea Britanică Psihanalitică, la noi era un fenomen nou, în curs de dezvoltare, care a creat ambianța în care opera lui Balint putea fi reexaminată. Era acum posibil să extragem aspecte clinice relevante din contribuțiile lui Balint și să recunoaștem modul în care le-a teoretizat, fără să fie nevoie să-l urmărim în fiecare detaliu teoretic sau tehnic. Lucrarea lui Balint este în mod special potrivită acestui exercițiu, deoarece ne spune cu o

claritate admirabilă care dintre observațiile clinice evocate, care dintre abordările tehnice și consecințele acestora l-au condus la anumite presupuneri teoretice, chiar dacă procesul creator actual nu a fost liniar, fiind grav afectat a priori de umanismul și optimismul său fundamental, ca și de spiritul său experimental și curiozitatea sa neobișnuită.

Văzută în această lumină, chiar și teoria celor trei arii ale psihismului pare mai puțin abstractă și mai strâns legată de principiile tehnice ale lui Balint, așa cum a fost atât de elegant înfățișată de Masud Khan (1969). Chiar titlurile eseului lui Khan vor transmite unele dintre ideile fundamentale și esențiale ale lui Balint cu privire la procesul de tratament de-a lungul spectrului clinic: „aria nivelului oedipian“ este legată de „dispoziția pentru frustrare“ (ibid. 242–43), „aria deficienței fundamentale, și „noul început“ sunt legate de „dispoziția pentru recunoaștere“ (ibid. 243–47) și, în fine, „aria creației“ este corelată cu „dispoziția pentru eșec“.

Descrierea lui Kohut în ceea ce privește transferul asupra obiectelor Sinelui — remobilizarea nevoilor primitive și a formelor de relaționare în situația de tratament —, precum și elaborarea lor sistematică clinică și teoretică au deschis pentru noi o cale nouă de a aprecia opera lui Balint. Elementele de observație și dezvoltare referitoare la „iubirea primară“, aspecte ale „noului început“, impactul patologic al traumelor primare în relațiile primitive, care dau naștere „defectului fundamental“, deși au fost diferit conceptualizate — de îndată ce bagajul lor teoretic a fost dat deoparte — considerând că acest fapt ar fi posibil, demonstrează înrudirea și potrivirea, în general, în cadrul psihologiei Sinelui. De fapt, în acest context nou, ideile lui Balint au dobândit o specificitate suplimentară și un limbaj clinic folositor pentru procesul terapeutic. După cum

Bacal a observat cu perspicacitate această potrivire, precum și cererea de început a lui Balint însuși, pe care Bacal îl citează: „Ceea ce avem noi nevoie... este o teorie care să ne ofere o descriere bună cu privire la dezvoltarea relațiilor comparabile cu, însă independente de teoria noastră biologică asupra dezvoltării pulsionilor“ (Balint, 1949, 217; Bacal, 1990, 122). Bacal considera, în acord cu mine, că psihologia Sinelui a lui Kohut asigură doar o astfel de teorie a dezvoltării. Mai mult, voi adăuga că această teorie nouă a oferit multor descrieri ale lui Balint cu privire la stările primitive (defectul fundamental) un înțeles mai specific în cadrul concepției transferului în oglindă, idealizării și transferului gemelar. Balint a făcut, prin aceasta, defectul fundamental mai accesibil tratamentului psihanalitic folosindu-se de un limbaj nou care poate oferi o creștere ulterioară a beneficiului terapeutic prin intermediul imersiunii empatică a analistului în experiențele de transfer ale pacientului.

Atât Balint, cât și Kohut considerau psihanaliza o știință empirică. Fiecare dintre ei se mândrea că a început într-un context clinic și că a dat prioritate observației și lucrului clinic, fiind capabil să se debaraseze de prejudecăți demodate și tehnici ineficiente. Dar, cel mai important lucru a fost acela că fiecare dintre ei a fost dispus să se lase convins, în funcție de datele observației (combinat cu o disponibilitate interioară), pentru a schimba o teorie. Reticența de a se despărți de teoriile care odinioară avuseseră o valoare euristică trebuie să fie o predilecție specială psihanalitică, altfel Freud nu ar fi insistat (Freud, 1914) că teoria este doar o suprastructură a psihanalizei, facultativă, în timp ce datele observaționale constituie baza sa. Kohut și Balint s-au constituit ca modele reprezentative prin aceea că ei au putut

să facă schimbările necesare pe care le cereau experiențele lor.

Speranța mea fierbinte este aceea ca cititorul acestei ediții a *Defectului fundamental* să pătrundă cu o minte deschisă în universul clinic și teoretic al lui Balint, prin intermediul acestei introduceri, și să reușească să se întoarcă mulțumit din această călătorie. Nu pot găsi o cale mai elocventă de a concluziona decât citându-l pe Masud Khan, în eseul său din 1969 asupra lui Balint, pe care îl admir mult și ale cărui cuvinte exprimă îndeaproape propriile mele sentimente: „M-am angajat să scriu acest eseu dintr-o dorință de a aduce un omagiu cercetărilor unui analist creativ și distins, pe care am avut privilegiul de a-l cunoaște atât ca profesor, cât și ca prieten“.

Paul H. Ornstein
1992

¹ Primary Love and Psychoanalytic Technique. (N. t.)

² Problems of Human Pleasure and Behavior. (N. t.)

³ Thrills and Regressions. (N. t.)

⁴ The Doctor, His Patient, and the illness. (N. t.)

⁵ Psychotherapeutic Techniques in Medicine. (N. t.)

⁶ Focal Psychotherapy — An Example of Applied Psychoanalysis.
(N. t.)

Prefață la ediția din 1979

Ideile propuse și chestiunile ridicate de această carte au fost importante acum zece ani; poate că unele dintre ele sunt chiar mai importante astăzi. Sunt foarte încântată că mi s-a oferit privilegiul să scriu prefața pentru a doua ediție.

În prefața primei ediții, Michael Balint a scris în aprilie 1967, cu exact doisprezece ani în urmă, că problemele dezbătute în această carte îl preocupau de mai bine de zece ani. Impresia mea este că l-au preocupat o perioadă și mai îndelungată: poate că de-a lungul întregii sale vieți profesionale. În ciuda acestui fapt, când am avut o discuție cu privire la subiectele abordate în carte, discuție care a fost generată în mod invariabil de probleme clinice, Balint nu și-a permis vreo idee preconcepută sau teorii prealabile care să îi împiedice observațiile și gândirea. El a tolerat perioadele lungi de îndoială și incertitudine scoase la iveală de noile sale observații și a evitat, astfel, să se mulțumească cu soluții artificiale care nu ar fi elucidat problemele și înțelegerea pe care încerca să o găsească. Onestitatea gândirii sale a fost pentru mine impresionantă atunci, ca și astăzi.

Probabil că unele dintre descrierile exacte ale lui Balint cu privire la diferite tehnici — cu privire la tehnica legendară „corectă” — sunt mai puțin esențiale pentru munca noastră decât au fost cu zece ani înainte. Expunerea lor, totuși, este un stadiu necesar și valoros în dezvoltarea gândirii noastre. Balint, ca toți teoreticienii buni, s-a schimbat pe măsură ce reflecta, lucra și scria. Am plănuit împreună să rescriem anumite părți ale acestei cărți și să îi mai adăugăm un capitol. Când

am recitit-o, m-am bucurat că nu am fost niciodată capabili să facem asta. Se prezintă bine în forma sa actuală, oferindu-i cititorului un insight în unele dintre modalitățile, nestudiate până atunci, în care relaționează pacienții cu analiștii lor, și analiștii cu pacienții lor, în acea relație bipersonală care a fost creată și descrisă de Freud. Aceste relații trebuie să continue să fie observate și redefinite, pentru a clarifica anumite probleme nu doar pentru psihanaliști, ci și pentru toți cei care consideră că studiul relațiilor umane este relevant.

Aprilie 1979

Enid Balint

Prefață

Problemele discutate în această carte m-au preocupat în ultimii zece ani. În acest timp, cu mai multe ocazii, am scris și am publicat anumite capitole pe care le-am considerat suficient de dezvoltate. Cronologic, acestea au fost: „Cele trei arii ale psihismului“ (1957), „Narcisism primar și iubire primară“ (1960), „Pacientul în stare de regresie și analistul său“ (1960) și „Forma benignă și forma malignă de regresie“ în 1965.

Toate aceste publicații independente au trebuit să fie rearanjate, iar unele fragmente din ele au fost rescrise pentru a fi inserate în această carte. Singura parte care a fost mult modificată este „Pacientul în stare de regresie și analistul său“. Ea a fost semnificativ extinsă și prima jumătate a acesteia a devenit partea a III-a, în timp ce a doua jumătate a constituit nucleul celei de-a V-a părți.

Aș dori să îmi exprim mulțumirea editorilor *Jurnalului Internațional de Psihanaliză*, publicației *Psychoanalytic Quartely* și revistei *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, precum și Grune & Stratton, New York, pentru că mi-au permis să folosesc acest material înainte de publicarea sa.

Ca în fiecare din celelalte cărți ale mele, și în aceasta aș dori să-mi exprim gratitudinea față de soția mea, fără al cărei ajutor întocmirea materialului ar fi durat și mai mult timp. De mai multe ori, atunci când m-am simțit încurcat iremediabil în ideile mele, o discuție cu ea mi-a permis să ies din starea de confuzie și să-mi continui munca.

Sunt profund îndatorat prietenei și colegi mele dr. Mary Hare și domnișoarei Ann Hutchinson, secretara librăriei noastre de la Institutul Psihanalitic, pentru redactarea și comentariile lor valoroase. Datorez, de asemenea, mulțumiri domnișoarei Hutchinson pentru pregătirea indexului.

Aprilie 1967

Michael Balint

Partea I

Cele trei zone ale aparatului psihic

CAPITOLUL I

Procesele terapeutice și localizarea lor

Prima parte a acestei cărți este formată aproape în întregime din capitole independente; în consecință, argumentul principal nu va fi ușor de urmărit. A trebuit să adopt această structură deoarece m-am simțit de mai multe ori obligat să mă îndepărtiez de anumite modalități consacrate de luare în considerare și de studiere a observațiilor clinice care au fost în mod adecvat verificate înainte de a trece la etapa următoare a raționamentului meu.

Înainte de a începe călătoria noastră, permiteți-mi să cădem de acord asupra faptului că noi toți, cititorii, ca și autorul, suntem analiști demni de încredere și că nu facem greșeli elementare; aceasta înseamnă că fiecare dintre noi oferă interpretări corecte în momente destul de sensibile și că perlaborăm materialul furnizat de pacienții noștri pe cât se poate, atât la nivel genital, cât și pregenital, în transfer, cât și în realitate.

De asemenea, am putea admite că ni se întâmplă tuturor să avem ocazional pacienți dificili, față de care ne simțim derutați și nesiguri și — în conformitate cu zvonurile care circulă în toate societățile afiliate Asociației Internaționale — chiar și cei mai experimentați și mai pricepuți dintre noi au câteodată eșecuri.

Cum este asta posibil și care este explicația pentru acest fapt neplăcut? În ansamblu, motivele pentru dificultățile și eșecurile noastre pot fi grupate în trei categorii. Ele sunt cauzate (a) de tehnica noastră inadecvată, (b) de dificultățile inerente fie ale personalității pacientului, fie ale bolii sale și (c) de un defect de „ajustare” între abilitatea noastră tehnică, altfel adecvată, și

calitățile intrinseci ale cazului care pot fi, de altminteri, vindecate.

În primul rând, trebuie să ne întrebăm de ce unii pacienți sunt mai greu de tratat decât alții sau de ce anumite analize sunt mai puțin gratificante pentru analist decât altele — și pentru pacienții săi. Îngăduiți-mi să formulăm aceeași întrebare într-o manieră diferită, care ne va permite să o abordăm mai ușor. Care sunt procesele terapeutice, în care parte a aparatului psihic se derulează și, în aceste procese terapeutice, care este elementul responsabil de diferitele dificultăți pe care noi, analiștii, le întâlnim?

Mai mult de șaizeci de ani de cercetare nu au adus decât un răspuns parțial la întrebarea care dintre părțile aparatului psihic sunt accesibile psihanalizei și în ce măsură; sau, pentru a folosi formularea noastră, care sunt părțile psihismului în care au loc procesele terapeutice. Deși aceste două formulări nu descriu exact aceeași problemă, ele se suprapun considerabil.

Este în general acceptat faptul că unul dintre scopurile dezirabile ale terapiei ar trebui să fie — și de fapt este — de a influența Supraeul. Noi avem chiar o anumită cunoaștere despre ce se întâmplă în acea parte a aparatului psihic, adică despre procesele terapeutice implicate și despre schimbările care se produc aici.

Știm, de exemplu, că Supraeul s-a construit, în primul rând, plecând de la introiecții, cele mai importante surse fiind obiectele sexuale din copilăria timpurie, din copilărie și din pubertate, obiecte excitante, însă niciodată în întregime satisfăcătoare; într-un fel, am putea spune că Supraeul este suma totală a cicatricilor psihice lăsate de aceste obiecte. Pe de altă parte, Supraeul poate fi schimbat de introiecții noi, până în viața adultă; o dovadă convingătoare a unei asemenea schimbări este tratamentul analitic în timpul căruia analistul devine parțial sau complet introiectat. Aș

dori să diferențiez introiecția de un alt proces — cel mai important în construirea Supraeului — identificarea, care poate fi considerată o etapă secundară a introiecției: subiectul nu numai că ia înăuntru obiectul sexual excitant, însă frustrant, dar îl și simte ca parte integrantă din el însuși. Adesea, identificarea este precedată sau intim asociată idealizării; pe de altă parte, un grad înalt de idealizare poate fi un obstacol serios în calea identificării cu obiectul introiectat. Dacă toate acestea sunt relativ bine cunoscute, în schimb nu știm practic nimic despre procesele care sunt necesare pentru a *anula* introiecția, idealizarea sau identificarea. În concluzie, avem câteva idei despre procesele care conduc la introiecții și identificări noi, dar abia dacă știm câte ceva despre modalitățile care anulează introiecția sau identificarea deja realizate. Acest lucru este regretabil, căci ar fi extrem de important pentru eficiența tehnicii noastre să știm cum am putea să-l ajutăm pe pacient să se debaraseze de anumite părți din Supraeul său.

Există, de asemenea, un acord rezonabil că tratamentul analitic ar trebui să conducă, în principiu, la întărirea Eului, însă ideile noastre despre natura exactă a întăririi și tehnicile pentru realizarea acesteia au rămas mai degrabă vagi până în prezent. Ceea ce știm despre acest aspect al practicii noastre terapeutice poate fi rezumat după cum urmează: Eul în contact deosebit de strâns cu Se-ul este cel care va trebui să fie întărit; adică acea parte a Eului care se poate bucura de satisfacții pulsionale poate suporta o creștere considerabilă a tensiunilor, este capabil de grijă și considerație, poate conține și tolera dorințele nesatisfăcute, precum și ura, care încearcă să accepte și poate testa ambele realități, internă și externă. Dimpotrivă, acea parte a Eului care nu poate și nu îndrăznește să se bucure de satisfacțiile pulsionale intense, care trebuie să se apere

împotriva oricărei creșteri a tensiunii afective recurgând la denegare, inhibiție, la transformarea în contrariu sau la formațiuni reacționale — adică acea parte care se adaptează realității externe și exigențelor Supraeului în detrimentul realității interne — nu ar trebui să fie întărită; dimpotrivă, rolul ei ar trebui să fie mai puțin dominant.

În ceea ce privește problema dacă această întărire a Eului și modificările Supraeului discutate anterior constituie două aspecte ale aceluiași proces sau sunt, mai degrabă, două procese mai mult sau mai puțin independente nu a făcut niciodată obiectul unei formulări explicite, nici al unei discuții propriu-zise. Formula cel mai frecvent folosită afirmă faptul că Eul, împuternicit de Supraeu, trebuie să stabilească o mediere între exigențele realității externe și Se. Rămâne o problemă deschisă aceea de a afla dacă mediatorul însuși are sau nu puterea de a influența acest compromis și care sunt, pe mai departe, procesele terapeutice care acționează asupra acestei puteri.

Există încă o incertitudine mare în legătură cu posibilitatea și mijloacele de a exercita o influență asupra Se-ului. Abia dacă avem vreo idee dacă acest lucru este posibil și, în caz afirmativ, cum ar trebui făcut. Aceia care acceptă existența unei pulsiiuni de moarte primară și, împreună cu aceasta, a sadismului primar, a narcisismului primar și a pulsiiunii de distrugere sunt aduși în situația de a recunoaște că practica noastră terapeutică trebuie, în aceeași măsură, să modifice Se-ul. Freud însuși a descris unul dintre aspectele acestei posibile schimbări în „Analiza cu final și analiza nesfârșită“ (1937), sub numele de „atenuare a instinctelor“. În cazul particular al sadismului primar, aceasta înseamnă că violența pulsiiunilor de distrugere — adesea numite *destrudo* — trebuie să fie atenuată în cursul tratamentului analitic și sub efectul acestuia — sau al educației — fie modificându-le la origine, adică

în Se, fie, în tot cazul, prin „intricarea“ unei cantități mai mari de libido. Cum cele două concepte teoretice de „intricare“ și de „dezintricare“ sunt foarte vagi, este aproape imposibil de a le situa cu certitudine în Se sau în Eu; mai mult, în afară de numele lor, nu am fost capabili să formulăm vreo idee despre mecanismele și procesele pe care le implică. Unicul indiciu de care dispunem este poate existența unei legături strânse între dezintricare și frustrare; aceasta pare mai puțin evidentă în ceea ce privește contrariile lor, gratificarea și intricarea, a căror importanță este atât de mare pe plan tehnic.

În aceste circumstanțe, nu este surprinzător că nimeni nu a fost capabil să descrie metode sigure pentru a acționa asupra acestor două procese. Chiar dacă „intricarea“ și „dezintricarea“ sunt susceptibile de a fi influențate prin analiză, singurul lucru pe care l-am putea afirma cu certitudine este că această influență se exercită prin intermediul transferului, adică se face prin mijlocirea relației de obiect. Reciproca implică faptul că trebuie să luăm în considerare faptul că procesele inițiate în situația analitică trebuie să fie suficient de puternice și de intense pentru a pătrunde în straturile profunde ale psihismului și pentru a provoca aici schimbări fundamentale. Cum se produce asta și ce fel de relație de obiect, și cât de intensă, ar îndeplini această sarcină nu a fost niciodată cu adevărat studiat în literatura noastră de specialitate.

Astfel am formulat un răspuns la problema ridicată la început: de ce li se întâmplă chiar și celor mai experimentați dintre noi să aibă cazuri dificile și ocazional eșecuri? Avem anumite concepții teoretice privind posibilele procese care se derulează în psihism în cursul terapiei psihanalitice, dar, până în prezent, nu putem stabili nicio legătură directă, suficient de sigură, între aceste concepții teoretice și tehnica noastră. Cu

alte cuvinte, concepțiile noastre teoretice despre procesele terapeutice și localizările lor nu ne permit încă să precizăm ce fel de tehnică particulară este recomandabilă și care sunt procedeele tehnice pe care ar fi mai bine să le evităm. Acest fapt este *rațiunea de a fi* a coexistenței diferitelor școli de psihanaliză, fiecare dintre ele având tehnica sa proprie care diferă considerabil de cea a altora, însă acceptând toate aceleași principii fundamentale despre structura aparatului psihic. Este important să adăugăm faptul că analiștii din toate școlile — fără excepție — au succesele lor, cazurile lor dificile și partea lor de eșecuri. Este foarte probabil că protagoniștii diferitelor școli au succese — sau eșecuri — cu diferiți pacienți; de asemenea, că modul de reușită — sau de eșec — variază în funcție de tehnicile diferite care au fost folosite. Un studiu critic și imparțial în acest domeniu ar fi foarte concludent pentru teoria tehnicii noastre. Din nefericire, nu există o cercetare independentă de acest fel; istoria cercetării statistice inițiate de Asociația Psihanalitică Americană a fost o încercare foarte prudentă, chiar circumspectă, care a trebuit să fie abandonată și care demonstrează importanța angoasei și a rezistenței trezite de o cercetare de acest fel.

CAPITOLUL 2

Interpretare și perlaborare

Așa cum am încercat să arăt, punctul de vedere topic nu pare să ofere prea mult ajutor în ceea ce privește o înțelegere mai bună a dificultăților noastre tehnice și, în particular, nu ne ajută să avem un criteriu suficient de solid pentru a decide dacă un anumit pas terapeutic individual este corect sau nu în circumstanțele date. Acest lucru, totuși, ar putea fi presupus. Nu trebuie să uităm faptul că ultima revizuire a teoriei psihanalitice despre instanțele psihice și localizarea lor a fost întreprinsă de Freud la începutul anilor douăzeci, acum patruzeci de ani. De atunci, în esență, nicio idee nouă despre aparatul psihic nu a mai fost prezentată (totuși, au apărut noile teorii ale psihologiei Eului, ale lui Fairbairn, Hartmann și Winnicott). Pe de altă parte, este incontestabil că, de atunci, potențialul nostru tehnic, abilitățile noastre actuale și, împreună cu acestea, problemele noastre tehnice au crescut considerabil. Am studiat aceste dezvoltări noi într-o lucrare pe care am prezentat-o la Congresul din Zürich (1949), în care am încercat să demonstrez că tehnica și concepțiile teoretice ale lui Freud erau interdependente.

Freud însuși a afirmat în cele două mari monografii ale sale „Eul și Se-ul“ (1923) și „Inhibiție, simptom, angoasă“ (1926) faptul că și-a bazat tehnica și teoria pe experiențele clinice cu pacienți obsesionali și melancolici deoarece — voi folosi cuvintele sale — la acești pacienți, atât procesele mentale, cât și conflictele sunt în mare măsură „internalizate“ (*verinnerlicht*). Aceasta înseamnă că, în ceea ce îi privește pe acești pacienți, conflictele originare, ca și mecanismele și procesele de apărare mobilizate pentru a le gestiona au devenit — și rămân în mare parte — fenomene interne ale indivizilor. Reciproc,

obiectele externe nu sunt decât slab investite. La prima vedere, putem deci considera că, la acești pacienți, orice eveniment, de ordin atât patologic, cât și terapeutic, este important și poate fi înțeles ca derulându-se aproape exclusiv pe plan intern. Aceasta a fost condiția care i-a permis lui Freud să descrie schimbările terapeutice sub o formă mai simplă. Dacă fenomenele și obiectele externe nu sunt decât slab investite, efectul variației lor de la un analist la altul, cu condiția să fie folosită o tehnică analitică „sensibilă“, va fi și mai mic, adică neglijabil. Anumiți analiști, uitând că aceasta nu este valabil decât pentru acest caz limitat și doar într-o primă aproximare, au ajuns la noțiunea de „tehnică corectă“, adică la noțiunea unei tehnici care ar fi bună pentru toți pacienții și pentru toți analiștii, oricare ar fi personalitatea lor. Dacă raționamentul meu se dovedește valabil, „tehnica corectă“ nu este decât o himeră de coșmar, o combinație extravagantă din frânturi de realitate incompatibile.

O precondiție importantă pentru internalizare este existența unei structuri a Eului suficient de bună, care poate să reziste și să conțină tensiunile cauzate de internalizare fără să se prăbușească și fără să recurgă la un alt mod de apărare — care poate fi numită externalizare — cum ar fi, de exemplu, punerea în act, proiecția, derealizarea, denegarea, depersonalizarea. Cu pacienții care sunt capabili de o internalizare susținută, comparația celebră folosită de Freud oferă o descriere corectă asupra a ceea ce se întâmplă în realitate în timpul tratamentului analitic. În majoritatea timpului, analistul este efectiv o „oglindă bine șlefuită“, care, pur și simplu, reflectă ceea ce pacientul îi transmite. Mai mult decât atât, așa cum o arată toate studiile de caz publicate de Freud, materialul transmis analistului în acest tip de travaliu analitic constă, aproape exclusiv, din cuvinte și tot de cuvinte ne folosim pentru a reflecta materialul

înapoi pacientului. De-a lungul acestui proces de transmitere și reflectare, fiecare dintre cei doi parteneri — pacient și analist — poate fi sigur că înțelege în același sens ceea ce spune celălalt. Este adevărat că sunt întâlnite rezistențe care, la un moment dat, pot deveni foarte intense; însă se poate întotdeauna conta pe un Eu sigur și inteligent, care este capabil să ia înăuntru în cuvinte și apoi să se lase influențat de ele. În alți termeni, Eul este capabil să îndeplinească ceea ce Freud a numit „perlaborare“.

Acest raționament conduce la al doilea răspuns al problemei. Descrierea tehnicii noastre, așa cum am făcut-o, presupune mai întâi faptul că interpretările sunt trăite atât de pacient, cât și de analist ca interpretări și nu ca altceva. Aceasta poate părea mai degrabă o afirmație evidentă, însă sper să arăt mai târziu că este important să o subliniez în mod expres.

Terapia psihanalitică în sensul său clasic de „oglină bine șlefuită“ este în mod esențial o relație de obiect; toate fenomenele care conduc în cele din urmă la schimbări terapeutice în psihismul pacientului sunt provocate de evenimente care apar într-o relație bipersonală, adică se produc în principal *între* două persoane și nu doar în interiorul uneia dintre ele. Acest fapt fundamental a putut fi neglijat doar atât timp cât obiectele principale de studiu au fost pacienți care foloseau mai ales internalizarea, adică pacienți care aveau o structură a Eului destul de puternică. Aceste persoane pot „lua înăuntru“ ceea ce analistul le oferă și, de asemenea, ceea ce ei trăiesc în situația analitică și sunt capabili să facă experiențe cu noua lor cunoaștere. Eul lor este suficient de puternic pentru a rezista — în orice caz, pentru un timp — tensiunilor astfel create. Tensiunile și presiunea cauzate de interpretări pot fi mari la un moment dat, dar acești pacienți pot continua. În orice caz,

aceasta este imaginea pe care am moștenit-o din studiile de caz publicate de Freud.

Astfel, am ajuns la o a doua cauză posibilă a dificultăților și insucceselor în analiză. Tehnica noastră a dat roade pentru pacienți care au experimentat interpretarea analistului ca interpretare și al căror Eu a fost suficient de puternic pentru a le permite să „ia înăuntru” interpretările și să realizeze ceea ce Freud a numit procesul de „perlaborare”. Știm că nu toți pacienții sunt capabili să îndeplinească această sarcină, și cu aceștia întâmpinăm dificultăți.

CAPITOLUL 3

Cele două niveluri ale travaliului analitic

Pentru a descrie atmosfera care caracterizează nivelul la care are loc travaliul analitic clasic, literatura psihanalitică folosește în mod obișnuit, termeni precum „nivel oedipian sau genital“, în contrast cu „nivelul preoedipian, pregenital sau preverbal“. După părerea mea, acești din urmă termeni au deja un înțeles încărcat și voi propune acum un termen nou, lipsit de echivoc, care sper că ne va elibera de această prejudecată latentă; însă, înainte de a face asta, să examinăm înțelesul adevărat al acestor termeni comuni.

Complexul Oedip a fost una dintre marile descoperiri ale lui Freud, care a fost pe bună dreptate descris ca fiind un complex esențial al întregii dezvoltări umane — al sănătății și bolii, religiei și artei, civilizației și legii și așa mai departe. Deși complexul Oedip caracterizează un stadiu relativ timpuriu al dezvoltării, Freud nu a avut nicio ezitare să descrie experiențele psihice ale copilului, emoțiile și sentimentele din acest stadiu în limbajul adulților. (Având în vedere faptul că vreau să mențin clară problema controversată a cronologiei, las în mod deliberat deschisă definiția acestei vârste timpurii. Este suficient pentru scopul meu să arăt că este o vârstă foarte timpurie.) În fapt, presupunerea lui Freud a fost o proiecție îndrăznească, o extrapolare curajoasă. El a presupus implicit, fără altă dovadă în plus, că emoțiile, sentimentele, dorințele, fricile, nevoile pulsionale, satisfacțiile și frustrările vârstei foarte mici sunt nu doar foarte apropiate de cele ale adulților, ci au și cam aceleași relații între ele. Fără aceste două ipoteze, utilizarea limbajului adulților pentru descrierea acestor fenomene ar fi total nejustificabilă.

Această ipoteză, repet, a fost foarte curajoasă, dar rezultatele sale au fost pe deplin recunoscute ulterior, atât prin observarea copilului normal, cât și prin experiențele clinice din timpul analizei copiilor nevrotici. Trebuie, de asemenea, să subliniem că această validare, deși a început cu analiza Micului Hans (1909), corespunde perioadei în care Freud a realizat ultima revizuire a conceptelor teoretice despre aparatul psihic, adică în anii douăzeci.

Pentru a evita o posibilă neînțelegere, aș vrea să adaug că, dacă materialul pregenital nu este ignorat sau uitat de analist atunci când lucrează la nivelul oedipian, el este totuși exploatat într-un limbaj adult, adică este ridicat la un nivel oedipian sau „verbal“. Acesta este un punct important al tehnicii noastre, căci pune, de asemenea, problema a ceea ce trebuie să facă analistul atunci când exprimarea materialului pregenital cu ajutorul cuvintelor adulte este neinteligibilă sau inacceptabilă pentru pacient, adică în cazul în care nu pare să existe o cale simplă conducând direct de la nivelul preverbal la nivelul oedipian.

Încă din anii douăzeci, tehnica noastră a progresat mult și suntem îndreptățiți să spunem că astăzi noi putem trata pacienți care au fost atunci considerați de netratat și putem înțelege cu siguranță mai bine pacientul obișnuit, la un nivel mai profund și mai de încredere decât colegii noștri acum patruzeci de ani. În cursul acestei evoluții am adunat o mulțime bogată de observații clinice și de probleme dificile. Toate se raportează la procese care se produc și care sunt observate în situația analitică. Într-o primă aproximare, putem descrie aceste procese în termenii conflictului oedipian folosind limbajul adult. Totuși, odată cu acumularea de experiență și cu îmbunătățirea puterii noastre de observare, am ajuns la fenomenele care cauzează dificultăți considerabile

atât în ceea ce privește expunerile teoretice, cât și abilitățile noastre tehnice.

Am învățat, de exemplu, că există pacienți care au dificultăți mari să „ia înăuntru” orice care duce la o creștere a tensiunii și sunt alții care pot „lua înăuntru” orice din lume pentru că, se pare, sinele lor profund este foarte puțin influențat de acestea. Așa cum tocmai am spus, aceste două tipuri de pacienți se află la originea dificultăților teoretice și tehnice importante, poate pentru că ei au cu analistul o relație considerabil diferită de cea pe care o întâlnim de obicei la nivelul oedipian.

Cele două tipuri pe care le-am menționat nu reprezintă decât un mic eșantion din numărul mare de pacienți care sunt descriși în general ca fiind „foarte tulburați”, „afecțați de un clivaj profund”, „grav schizoizi”, „având un Eu prea slab sau imatur”, „extrem de narcisici” sau „suferind de răni narcisice profunde” și așa mai departe, ceea ce înseamnă că sursa bolii lor merge mai departe și mai adânc decât conflictul oedipian. În acest sens, în termenii problemei adesea discutate este lipsit de importanță dacă ei au ajuns în perioada oedipiană deja bolnavi sau dacă fenomene traumatice ulterioare au făcut ca mecanismele de apărare care aparțin acestei perioade să fie ineficiente, constrângându-i din această cauză la o regresie sau la o deviere dincolo de stadiul oedipian. Ceea ce contează în contextul prezent este recunoașterea celor două niveluri distincte ale travaliului analitic.

Pentru a ilustra tipul de probleme întâlnit la celălalt nivel, aș vrea să menționez un exemplu clasic, exterior domeniului nostru. În cadrul seminariilor noastre de cercetare sau în practica medicală (Balint, M., 1964) medicii obișnuiesc adesea să relateze că ei i-au oferit pacientului explicații foarte clare privind anumite implicații ale bolii sale; apoi, când rezultatele actuale ale explicației au fost comparate cu cele intenționate,

apare adesea, în mod surprinzător, faptul că explicația a fost clară doar pentru medic; pentru pacient nu a fost clară, adesea nu s-a constituit într-o explicație. De asemenea, acum, de fiecare dată când un medic declară că el i-a explicat pacientului ceva foarte clar, urmează întrebarea obișnuită: „Clar, dar pentru cine?” Motivul acestei discrepante între intenție și rezultat rezidă în faptul că aceleași cuvinte pot avea o semnificație foarte diferită pentru medicul plin de empatie, însă neimplicat și pentru pacientul său profund implicat.

Analistii sunt, de partea lor, adesea confrunțați cu aceeași experiență. Oferim pacientului o interpretare clară, concisă, bine fondată, la momentul potrivit și la obiect, care — adesea, pe neașteptate, produce consternare, irită și dezamăgește — sau nu are niciun efect asupra pacientului, sau are un efect cu totul diferit de cel intenționat. Cu alte cuvinte, interpretarea noastră nu a fost clară deloc sau nu a fost nici măcar trăită ca interpretare. Analistii încearcă, în general, să dea o explicație satisfăcătoare a neînțelegerilor lor recurgând la trei raționamente liniștitoare. Analistul poate, eventual, să-și adreseze critici pentru că nu a reușit să interpreteze angoasa predominantă a situației — adică, pentru că a fost indus în eroare de ceva care are doar o importanță secundară; această autocritică este, în general, urmată de eforturi frenetice pentru a descoperi ce anume din fantasmele pacientului l-a împiedicat să înțeleagă interpretările analistului. Analistul poate, de asemenea, să re trăiască pe cont propriu controversa nesfârșită despre avantajele și dezavantajele interpretărilor asupra conținutului, apărărilor sau transferului, controversă care poate fi continuată la nesfârșit.

În fine, el se poate liniști considerând că rezistențele pacientului erau prea puternice în momentul intervenției și că i-ar fi trebuit, în

consecință, mai mult timp pentru „perlaborare“. Această ultimă formulă este mai reconfortantă căci Freud s-a folosit deja de ea.

Din nefericire, aceste formule și raționamente convingătoare nu pot fi aplicate aici, căci ele aparțin toate nivelului oedipian, adică presupun că interpretările analistului sunt trăite de pacient ca interpretări. Doar pentru această situație Freud a creat termenul de „perlaborare“. Evident, perlaborarea nu este posibilă decât dacă și doar dacă pacientul este capabil să ia înăuntru interpretarea experimentând-o ca pe o interpretare și permițându-i să acționeze asupra psihismului său. În ceea ce privește categoria pacienților „profund perturbați“ aceasta depinde de la caz la caz. Dar, dacă pacientul nu simte interpretarea analistului ca pe o interpretare, adică o frază formată din cuvinte având un sens convenit, nicio perlaborare nu va avea loc. Perlaborarea nu poate începe decât atunci când cuvintele noastre au aproximativ același sens atât pentru pacienții noștri, cât și pentru noi înșine.

O astfel de problemă nu există la nivelul oedipian. Pacientul și analistul sunt convinși că vorbesc aceeași limbă; aceleași cuvinte au aproape aceeași semnificație pentru amândoi. Este adevărat că pacientul poate respinge o interpretare, că el poate fi contrariat, speriat sau rănit de aceasta, însă nu există nicio îndoială că *a fost* o interpretare.

Distincția pe care am stabilit-o între aceste două niveluri ne oferă un al treilea răspuns la întrebarea pusă la început și, în același timp, duce la apariția altor probleme interesante. Însă, înainte de a le aborda, să studiem traseul nostru până în momentul actual. Am plecat de la constatarea — sau truismul — că până și cei mai experimentați dintre noi au câteodată pacienți dificili sau chiar foarte dificili. Apoi, ne-am întrebat care au fost procesele terapeutice în cauză, în care parte a psihismului au avut loc, ce anume din cadrul lor a

fost răspunzător de dificultățile întâmpinate și, ultima chestiune, însă nu cea de pe urmă, ce fel de mijloace tehnice avem la dispoziție pentru a acționa asupra lor. Apoi, am trecut în revistă teoria psihanalitică actuală asupra tehnicii, pentru a constata că punctul de vedere topic nu ne-a fost de prea mare ajutor.

Apoi, ne-am dat seama că toate expunerile asupra a ceea ce se petrece în psihismul pacientului în timpul curei se sprijină pe studiul aprofundat — întreprins de Freud însuși la începutul anilor douăzeci — asupra pacienților care pot accepta și include interpretările analistului ca fiind interpretări și care sunt capabili de perlaborare. În final, am descoperit că există cel puțin două niveluri ale travaliului analitic; există deci, foarte probabil, două niveluri ale proceselor terapeutice, și, în plus, unul dintre aspectele acestei diferențe constă în folosirea diferită a limbajului adult la cele două niveluri.

Această diferență importantă referitoare la limbaj, diferență care poate crea un gol între pacient și analist și care împiedică evoluția curei, a fost descrisă pentru prima dată de Ferenczi, în special în ultima sa comunicare la Congresul din 1932 și postum în „Note și fragmente“. El a numit-o „confuzia limbilor între copil (la singular!) și adulți (la plural!)“. De atunci — cel mai adesea fără a menționa totuși opera sa de pionierat — diferiți cercetători au încercat să descrie același fenomen. Astfel, concluzia la care am ajuns în capitolul precedent nu este decât o altă modalitate de a formula ceva bine cunoscut, și anume că travaliul analitic se dezvoltă pe cel puțin două niveluri diferite, unul, familiar și mai puțin problematic, numit nivelul oedipian și celălalt pe care îl descriem în general prin termeni precum preoedipian, pregenital sau preverbal.

Propun să reținem termenii de nivel, perioadă, conflict, complex oedipian, căci ei descriu

trăsăturile cele mai importante ale nivelului la care se raportează. Mai multe caracteristici diferențiază pe plan clinic fenomenele aparținând aceluși nivel de fenomenele de la alt nivel. Prima caracteristică este aceea că la nivel oedipian — fie că este vorba despre experiențe genitale sau pregenitale — totul se petrece într-o relație triangulară, deci există întotdeauna, în plus față de subiect, cel puțin două obiecte paralele implicate. Aceste două obiecte pot fi sau două persoane, ca în situația oedipiană, sau o persoană și un obiect, cum este cazul în domeniul erotismului anal și, aproape sigur, în cel al erotismului oral. În primul caz, al doilea obiect este reprezentat de materiile fecale și multiplele lor derivații, în timp ce în al doilea caz, cel puțin în ceea ce privește stadiile sale tardive, există întotdeauna, în afară de sursa sau de cel care procură hrana, hrana însăși în calitate de alt obiect. Dacă aceste domenii sunt pregenitale prin definiție, structura relației — cu siguranță în stadiul anal și în fazele târzii ale stadiului oral — cuprinde subiectul și cel puțin două obiecte paralele, le introduce în zona oedipiană și le duce către nivelul oedipian.

A doua caracteristică importantă a zonei oedipiene este de a fi inseparabilă de existența conflictului. Cu excepția câtorva cazuri neelucidate, conflictul este provocat de ambivalența care apare în relațiile complexe dintre subiect și cele două obiecte paralele ale sale. Deși acest conflict este inerent situației, el poate fi totuși rezolvat, sau cel puțin considerabil redus. Situația conflictuală cel mai bine cunoscută este, probabil, cea în care o autoritate — externă sau internă — prescrie sau interzice o anumită formă de gratificare. Un asemenea conflict poate conduce, eventual, la o fixație care determină imobilizarea unei anumite cantități de libido într-o luptă sterilă, creând tensiuni permanente. Tratatamentul analitic își propune, astfel, să

mobilizeze și să elibereze aceste cantități de libido fie cu ajutorul interpretării, fie oferind oportunități pacientului, în cadrul transferului, de a regresa pentru a găsi o soluție mai bună. Dacă aceasta nu este o soluție ideală, fiecare lăsând un anumit grad de tensiune care trebuie suportat, este aproape întotdeauna posibil de a găsi o soluție care reduce considerabil această tensiune.

A treia caracteristică importantă a stadiului oedipian constă în faptul că limbajul adult reprezintă aici un mijloc de comunicare adecvat și sigur — așa cum știm cu toții, Oedip era un bărbat adult. Dacă s-a făcut simțită nevoia de a găsi o expresie potrivită pentru descrierea acestui nivel, voi propune să-l numim stadiul limbajului convențional, acceptat sau adult.

Se întâmplă adesea, în domeniul științific, ca alegerea nefericită a unui termen să se afle la originea neînțelegerilor sau să fie în detrimentul unui studiu imparțial al problemei. Pentru a evita inconvenientele, ar trebui să numim aceste două niveluri psihice cu ajutorul unor termeni care sunt cu totul independenți unul de celălalt. Nivelul oedipian are propriul nume derivat dintr-una din principalele sale caracteristici, și ar fi dezirabil ca celălalt nivel să aibă, de asemenea, propriul nume, mai degrabă decât să se numească „preceva“ — și, desigur, nu preoedipian deoarece poate coexista cu nivelul oedipian, în orice caz, cât privește experiențele noastre clinice. Aș dori să las provizoriu la o parte problema de a ști dacă există sau nu perioade în care psihismul nu cunoaște decât unul dintre niveluri, excluzându-l pe celălalt. Pe de altă parte, trebuie să subliniem că acest alt nivel este indiscutabil mai simplu, mai primitiv decât nivelul oedipian.

Propun să-l numim nivelul *defectului fundamental*, și insist asupra faptului că este conceput ca o deficiență și nu ca o situație, o

poziție, un conflict sau un complex. Voi explica motivul mai târziu.

Principalele caracteristici ale nivelului defectului fundamental sunt următoarele: (a) toate fenomenele care se produc aici aparțin relației bipersonale exclusive; nu există o a treia persoană prezentă; (b) această relație bipersonală are o natură particulară și diferă total de relațiile umane care ne sunt familiare la nivel oedipian; (c) natura forței dinamice care operează la acest nivel nu este aceea a unui conflict și (d) limbajul adult este adesea inutil sau înșelător în descrierea fenomenelor care apar la acest nivel, deoarece cuvintele nu au întotdeauna sensul lor convențional.

Dacă importanța veritabilă a unor caracteristici nu va apărea decât în cursul discuției din capitolele următoare, pot totuși, încă de pe acum, să vorbesc despre altele. Mai întâi, despre natura relației bipersonale primitive care există la acest nivel. La prima vedere, am putea vedea aici un exemplu de relație de obiect primară sau de iubire primară, pe care am descris-o în mai multe rânduri (Balint, M., 1932, 1934, 1937, 1959), precum și în capitolul 12 din acest volum. Orice interferență a unui terț în această relație este resimțită ca o povară grea sau ca o tensiune intolerabilă. O importantă calitate suplimentară a acestei relații este diferența enormă de intensitate care separă fenomenele de satisfacție de cele de frustrare. Astfel că satisfacția — „ajustarea între“ obiect și subiect — provoacă un sentiment de stare de bine netulburată, dificil de observat, întrucât este atât de naturală și caldă, frustrarea — lipsa „ajustării cu“ obiectul — provoacă simptome foarte violente și zgomotoase. (Vedeți de asemenea capitolul 16.)

Voi relua mai departe, în capitolul 4, discuția asupra naturii forțelor care operează la nivelul defectului fundamental, însă aş dori să arăt aici o curioasă lipsă de precizie a limbajului de la acest

nivel. Ea decurge din *rețeaua de asocieri* care continuă să înconjoare fiecare cuvânt în utilizarea sa adultă. Cu toate acestea, la nivelul defectului fundamental, aproape fiecare element din această rețea poate revendica în aceeași măsură posesia cuvântului. Aceasta nu este valabil doar pentru nivelul defectului fundamental, ci demonstrează cvasiimposibilitatea de a găsi definiții exacte, în special în știința noastră psihologică. Pentru a ajunge să găsim o definiție exactă, trebuie să despuiem cuvântul de toate asocierile indezirabile. Experiența arată că aceasta este foarte rar posibil, căci oamenii se încapățânează să considere sau chiar să dovedească faptul că anumite cuvinte folosite implică alte semnificații decât cea intenționată de cel care a inventat definiția. (Această problemă va fi discutată mai departe, în capitolul 20.)

CAPITOLUL 4

Aria defectului fundamental

Dacă acceptăm teoretic existența nivelului defectului fundamental, trebuie să ne întrebăm ce fel de fenomene trebuie să fie considerate în cursul tratamentului analitic ca semnale ale faptului că acest nivel a fost atins. Să luăm un caz relativ banal și să presupunem că tratamentul a urmat un curs regulat un anumit timp, că pacientul și analistul s-au înțeles unul pe celălalt, că tensiunile și exigențele impuse fiecăruia dintre ei, în special analistului, au rămas în limite rezonabile și, în special, în orice moment inteligibile. Apoi, într-un anumit punct, subit sau insidios atmosfera situației analitice se modifică profund. Cu anumiți pacienți, aceasta se poate întâmpla după o perioadă foarte scurtă sau chiar de la început.

Ceea ce numesc schimbare profundă a atmosferei se prezintă sub mai multe aspecte. Mai întâi este faptul, discutat în capitolul precedent, că interpretările analistului nu mai sunt simțite de pacient ca interpretări. El le poate trăi mai degrabă ca pe o agresiune, o exigență, o insinuare, o impolitețe sau o insultă nejustificate, un tratament nedrept, o injustiție sau ca pe o lipsă totală de considerație și tot așa; pe de altă parte, este posibil și ca interpretările analistului să fie experimentate ca fiind ceva foarte agreabil și gratificant, excitant sau liniștitor, sau ca o seducție; în general, ca un semn incontestabil de considerație, afecțiune și iubire. Se poate, de asemenea, întâmpla ca anumite cuvinte obișnuite care până atunci au avut un sens acceptat, convențional, „adult“ și care au putut fi utilizate fără repercusiuni mari să dobândească o importanță și o putere imensă, fie într-un sens bun, fie într-unul rău. Într-adevăr, în anumite momente o remarcă ocazională a analistului, fiecare dintre gesturile sau mișcărilor sale pot conta enorm și pot

căpăta o importanță care va merge dincolo de orice intenție reală.

În plus — și asta nu este ușor de acceptat — pacientul pare capabil, într-o oarecare măsură, să intre pe sub pielea analistului. El începe să știe mult prea mult despre analistul său. Această sporire a cunoștințelor nu provine dintr-o oarecare sursă de informații exterioară, ci, aparent, dintr-un talent ciudat care îi permite pacientului să „înțeleagă” motivațiile analistului și să „interpreteze” comportamentul său. Acest talent neliniștitor poate da câteodată impresia sau poate fi, eventual, chiar de ordinul telepatiei sau al clarviziunii. (Vezi Balint, M., „Note asupra parapsihologiei și a vindecării parapsihologice”, 1955.) Analistul trăiește acest fenomen ca și cum pacientul ar putea vedea în el, ar putea afla lucruri despre el. Este vorba despre lucruri extrem de personale, care au întotdeauna un anumit raport cu pacientul și care sunt, într-un anumit sens, absolut corecte și adevărate, dar, în același timp, cu totul disproporționate și astfel false — cel puțin așa le simte analistul.

Dacă, în acest moment, analistul nu reușește să „se prindă”, adică nu reacționează așa cum speră pacientul, nicio reacție de mânie, furie, dispreț sau de critică nu va apărea în transfer așa cum ne-am aștepta la nivelul oedipian. Tot ceea ce putem observa este un sentiment de vid, de a fi pierdut, de a fi ca și mort, de inutilitate și așa mai departe, însoțit de o aparentă acceptare neînsuflețită a tot ceea ce a fost propus. Într-adevăr, totul este acceptat fără prea multă rezistență, însă nimic nu are vreun sens. O altă reacție la eșecul analistului de a „se prinde” poate avea aparența angoaselor persecutorii. Dacă lăsăm deoparte faptul că, în aceste stări, angoasa — sub forma sa clinică obișnuită — este, în general, superficială, aproape inexistentă, acești pacienți simt orice frustrare ca și cum ea le-ar fi fost impusă intenționat. Ei nu pot

accepta alte motive ale frustrării dorințelor lor decât răutatea, reaua-voință sau cel puțin o neglijență ucigătoare. Ceva bun se poate petrece din întâmplare; însă frustrările sunt probe incontestabile ale sentimentelor rele și ostile pe care le nutresc cei din anturajul lor.

Lucru remarcabil, toate acestea sunt, pur și simplu, acceptate ca un fapt dureros și este surprinzător să constatăm cum atât de puțină furie și încă și mai puțin spirit combativ sunt mobilizate. Este și mai surprinzător faptul că sentimentul de disperare se dezvoltă cu greutate; dezamăgirea și disperarea par să aparțină nivelului oedipian; ele sunt, probabil, postdepressive. Deși sentimentele de vid și de neînsuflețire (cf. Balint, Enid, 1963) pot fi câteodată foarte intense, există în general, în fundal, o convingere, o hotărâre gravă și liniștită de a merge pe firul lucrurilor. Acest amestec curios de suferință profundă, de absență a combativității și de decizie neclintită de a înainta îi face pe acești pacienți cu adevărat înduioșători — un semn diagnostic important, indicând că travaliul a atins nivelul defectului fundamental.

Reacția analistului este, de asemenea, caracteristică și total diferită de reacția sa la o rezistență de la nivelul oedipian. Voi reveni asupra acestui fapt în părțile III, IV și V ale cărții; aici este suficient să spun că totul îl atinge mult mai intim; îi este mai degrabă dificil să-și mențină atitudinea obișnuită de pasivitate, empatică și obiectivă; de fapt, el este constant amenințat de implicarea subiectivă pe plan afectiv. Anumiți analiști acceptă sau chiar aleg să se lase purtați de acest curent puternic și sunt, astfel, obligați să-și modifice tehnicile în consecință. Alții, circumspecți și prudenți, țin la procedeele lor verificate și, consecvenți cu ei înșiși, evită orice risc de a deveni implicați. Există, de asemenea, și cei care, în fața acestei amenințări, adoptă — poate ca o formațiune reacțională — o atitudine de

încredere omnipotentă, asigurându-se neîncetat că tehnica lor de interpretare este capabilă să facă față oricărei situații.

Un alt grup important de fenomene gravitează în jurul a ceea ce am putea numi aprecierea și recunoștința pacientului pentru munca analistului. La nivel oedipian, și cu condiția ca munca analistului să corespundă standardelor profesionale, aceste două sentimente — apreciere și recunoștință — constituie aliați puternici și pot fi de mare ajutor, mai ales în perioadele sumbre. La nivelul defectului fundamental, nu putem fi absolut siguri că pacientul va ține cont, cu atât mai puțin că va aprecia faptul că, într-un trecut apropiat sau îndepărtat, analistul lui s-a arătat competent și înțelegător. Unul dintre motivele acestei schimbări profunde ține de faptul că pacienții, la acest nivel, simt că sunt îndreptățiți să primească ceea ce au nevoie. Voi reveni imediat asupra acestui punct important.

Deci, dacă analistul răspunde nevoilor pacientului, acest fapt este considerat ca fiind de la sine înțeles și își pierde întreaga valoare ca probă a abilității profesionale, ca dar excepțional sau ca o favoare și, cu timpul, pacientul va formula din ce în ce mai multe exigențe. În literatura psihanalitică actuală, acest sindrom este numit lăcomie sau lăcomie orală. Nu am nicio obiecție împotriva cuvântului lăcomie, însă am critici serioase la adresa calificativului „oral“ pentru că acest termen poate induce în eroare. Pentru a înțelege acest sindrom, nu relația cu pulsionea parțială contează, ci faptul că el derivă dintr-o relație bipersonală primitivă care poate fi sau nu „orală“. Dacă cităm o serie de adicții în care „lăcomia“ este o caracteristică importantă, există un număr incontestabil de adicții „orale“, în primul rând nicotina și alcoolul; dar există multe altele care nu sunt orale, cum ar fi morfinomania, prizarea de

cocaină și, să nu uităm, diferite forme de scărpinat cum ar fi pruritul.

La nivel oedipian, analistul abia dacă este tentat să iasă din pasivitatea sa binevoitoare; dacă la nivelul defectului fundamental își abandonează pasivitatea, el riscă să angajeze pacientul pe panta periculoasă a adicției — aceasta din cauza lipsei speciale de recunoștință sau a prezenței lăcomiei; dacă rămâne inflexibil, fie tratamentul va fi întrerupt de pacient, acesta considerându-l inutil sau, după o luptă fără speranță, pacientul va fi forțat să se identifice cu agresorul său, adică cu analistul pe care îl simte astfel, urmând formula folosită într-unul din seminariile mele — pacientul va achiziționa un registru intern de înregistrare a unor plângeri nesfârșite. Voi reveni asupra acestei probleme tehnice importante în capitolul 17.

Toate aceste fenomene aparțin în special domeniului psihologiei bipersonale și sunt mai elementare decât cele de la nivel oedipian, care implică trei persoane. În plus, le lipsește structura unui conflict. Acesta a fost unul dintre motivele pentru care am propus să le numim „de bază”. Dar de ce defect? În primul rând, pentru că este exact termenul pe care îl folosesc numeroși pacienți pentru a vorbi despre asta. Pacientul spune că are sentimentul că are în el un defect, defect care trebuie reparat. Iar acesta este simțit ca fiind un defect, și nu un complex, un conflict sau o poziție. În al doilea rând, există sentimentul fie că provine de la cineva care i-a produs un defect pacientului, fie care a fost deficient în ceea ce îl privește; și, în al treilea rând, această zonă este invariabil înconjurată de o mare angoasă care se exprimă, în general, sub forma unei cereri disperate ca, de data aceasta, analistul să nu îl respingă — iar analistul trebuie să n-o facă.

Termenul de defect a fost folosit în domeniul științelor exacte pentru a descrie condițiile care amintesc de cele discutate aici. Astfel, de exemplu,

în geologie și în cristalografie, termenul de defect este folosit pentru a descrie o neregularitate bruscă în structura generală, o neregularitate care poate rămâne ascunsă în condiții normale, dar care, dacă se produc tensiuni sau presiuni, poate provoca o ruptură care bulversează profund structura generală.

Noi avem obiceiul să concepem orice forță dinamică operând în psihism sub forma unui instinct biologic sau a unui conflict. Deși foarte dinamică, forța care se naște din defectul fundamental nu are nici forma unui instinct, nici forma unui conflict. Este o deficiență în psihism, un fel de imperfecțiune care trebuie reparată. Nu este vorba despre ceva care ar fi blocat și pentru care ar trebui găsită o ieșire mai bună, ci despre ceva care îi lipsește pacientului, fie în prezent, fie încă de la nașterea sa. O nevoie instinctuală poate fi satisfăcută, un conflict poate fi rezolvat, însă un defect fundamental poate fi, pur și simplu, vindecat dovedind că elementele deficiente pot fi găsite; și, chiar și atunci, aceasta riscă să nu fie decât o vindecare imperfectă, imperfecțiune de felul unei simple cicatrici nedureroase.

În noua mea exprimare, adjectivul „fundamental“ nu spune doar că este vorba despre situații mai simple decât cele care caracterizează complexul Oedip, ci, de asemenea, că influența acestui defect este considerabilă, că ea se întinde, probabil, asupra întregii structuri psihobiologice a subiectului, implicând în grade variate atât psihismul, cât și corpul său. Astfel, conceptul de defect fundamental ne permite să înțelegem nu doar diferite nevroze (poate și psihoze), tulburări de caracter, boli psihosomatice etc. ca simptome ale aceleiași entități etiologice, ci și — așa cum o arată cercetarea noastră în practica medicinei generale — un număr mare de boli „clinice“ curente (Balint, M., 1957; Balint, M. & Balint, Enid, 1961; Lask, 1966; Greco și Pittenger, 1966).

Vreau să spun prin aceasta că o „boală“ clinică poate dispărea sub efectul diferitelor experiențe afective, printre care tratamentul medical, pentru a lăsa loc unei tulburări psihologice specifice și viceversa.

După părerea mea, originea defectului fundamental poate fi descoperită într-o disproporție considerabilă între nevoile psihofiziologice ale unui subiect în cursul fazelor precoce ale dezvoltării sale și îngrijirile, atenția și afecțiunea de care el a dispus în această perioadă atât pe plan material, cât și afectiv. Rezultă de aici o stare de carență ale cărei consecințe și efecte retroactive par să nu fie decât parțial reversibile. Cauza acestei discrepanțe timpurii poate fi congenitală, adică nevoile psihofiziologice ale sugarului se poate să fi fost pretențioase (sunt nou-născuți neviabili și sunt de asemenea stări congenitale evolutive cum ar fi ataxia Friedreich sau rinichii polichistici), sau poate fi anturajul, cum ar fi îngrijirile insuficiente, incomplete, deficiente, întâmplătoare, hiperanxioase, supraprotectoare, crude, rigide, de o mare inconsecvență, neregulate, necoordonate, hiperexcitante sau, pur și simplu, lipsite de înțelegere și indiferente.

Așa cum s-a putut observa din expunerea mea, voi pune accentul pe lipsa de „ajustare“ între copil și *persoanele* care constituie anturajul său. Astfel că am început întâmplător prin a vorbi despre lipsa de „ajustare“ a tehnicii, de altfel corectă, a analistului la nevoile pacientului; este foarte probabil o cauză importantă a dificultăților și chiar a eșecurilor întâlnite de analiști în practica lor. Vom discuta despre asta mai detaliat în partea a V-a.

Să revenim acum la tema noastră principală: aş dori să atrag atenția cititorului asupra poziției mele personale, care mă va conduce către descrierea, în termenii relației de obiect, a proceselor capabile să

exprime un defect fundamental. După părerea mea, toate aceste procese se înscriu în cadrul unei relații de obiect foarte primitive și speciale, care diferă radical de cea care poate fi observată în mod obișnuit între adulți. Este vorba, cu siguranță, despre o relație bipersonală, dar în care doar unul singur dintre parteneri contează; dorințele și nevoile sale sunt singurele care contează și care trebuie să rețină atenția; celălalt partener, simțit ca fiind foarte puternic, nu contează decât în măsura în care consimte să satisfacă dorințele primului sau, dimpotrivă, decide să le frustreze; dincolo de aceasta, interesele, nevoile și dorințele personale ale celui de-al doilea partener pur și simplu nu există. În capitolul 12 îmi propun să vorbesc mai detaliat despre această relație bipersonală și să o diferențiez de ceea ce am numit iubirea obiectuală primară sau relația de obiect primară.

⁷ Notes on Parapsychology and Parapsychological Healing. (*N. t.*)

CAPITOLUL 5

Aria creației

Până aici am înfățișat posibilitatea existenței a două niveluri sau arii ale psihismului: cel al conflictului fundamental și cel al defectului fundamental. Pentru a completa tabloul, trebuie să menționez, chiar dacă numai pe scurt, o a treia arie înainte de a concluziona relevanța pe care o prezintă ideile mele pentru funcționarea psihicului uman.

Având în vedere că zona conflictului oedipian este caracterizată de prezența a cel puțin două obiecte, în afară de subiect, și zona defectului fundamental printr-o relație bipersonală cu totul particulară, exclusivă, a treia arie este caracterizată de absența oricărui obiect extern. Subiectul este singur și principala sa grijă este de a crea ceva plecând de la el însuși; acest ceva care trebuie creat poate fi un obiect, dar nu în mod necesar. Propun să numim această zonă nivelul sau zona creației. Creația artistică este, desigur, exemplul cel mai des citat, însă alte fenomene aparțin aceleiași categorii precum matematica și filosofia, dobândirea de insight, capacitatea de a înțelege ceva sau pe cineva; și, în fine, două fenomene de o importanță primordială: fazele timpurii ale debutului „bolii” — fizică sau psihică — și vindecarea spontană a bolii.

În ciuda numeroaselor încercări care s-au făcut, nu s-a înțeles mare lucru din acest proces. Un motiv evident al insuficienței cunoștințelor noastre este faptul că nu există niciun obiect extern în toată această zonă și că, prin urmare, nu se poate stabili nicio relație transferențială. Acolo unde nu există transfer, metodele noastre analitice sunt neputincioase și, astfel, suntem limitați la a face deducții plecând de la observațiile obținute după ce subiectul a părăsit limitele acestei zone. Odată

ce un obiect extern apare pe scenă, cum ar fi o operă de artă încheiată, o teorie matematică sau filosofică, un insight sau o înțelegere care poate să se exprime prin cuvinte, sau, de îndată ce boala a atins un stadiu în care subiectul poate să se plângă cuiva despre ea, un obiect extern se află acolo și atunci putem trece la lucru cu metodele noastre analitice.

Absența transferului explică, de asemenea, de ce așteptările noastre de a înțelege aceste stări psihice importante au rămas, mai degrabă, la un nivel obișnuit. Majoritatea teoriilor analitice referitoare la aceste stări — urmând exemplul limbajului — consideră individul un fel de creator. Toate limbile, după cunoștințele mele, descriu aceste stări în termeni împrumutați de la concepție, graviditate și naștere. Subiectul concepe o idee, aceasta este în gestație, încearcă durerile facerii, dă naștere la ceva sau avortează și tot așa. Dacă informațiile noastre asupra psihologiei gravidității și nașterii sunt relativ sărace, ar trebui să căutăm poate aici motivul în această lipsă a transferului. Acolo, de asemenea, încercăm să transformăm o situație în mod evident unipersonală într-o relație bipersonală, pentru a fi în măsură să folosim metodele experimentate și modurile noastre de gândire obișnuite.

Regăsim aici dificultățile create de limbajul adult convențional. Noi știm că nu există „obiecte” în aria creației, dar știm, de asemenea, că cel mai adesea — sau câteodată — subiectul nu este aici pe de-a-ntregul singur. Problema este că limbajul nostru nu are cuvinte pentru a descrie sau chiar pentru a evoca acest „ceva” care este prezent atunci când subiectul nu este cu totul singur. Propun, astfel, pentru a putea măcar vorbi despre asta, termenul de „pre-obiect”; „obiect-embrion” ar fi prea precis; în germană, *Objekt-Anlage* ar putea fi adecvat. Bion (1962 și 1963), dacă am înțeles bine, s-a lovit de aceeași dificultate;

propunerea sa pentru acest caz special a fost să le numim elemente α și β și funcția α .

Toate acestea arată că „pre-obiectele“ prezente în aria creației sunt atât de primitive, încât nu pot fi considerate „organizate“ sau „întregi“. Doar după ce travaliul creației a reușit să le „organizeze“ sau „întregească“, o interacțiune veritabilă, „verbală“ sau „oedipiană“, poate să se stabilească între ele și obiectele externe. Este posibil ca anumite interacțiuni mai primitive — corespunzătoare nivelului defectului fundamental și celui al creației — să existe permanent; acestea, totuși, sunt dificil de observat și încă și mai greu de descris corect. (Balint M., 1959, capitolele 8 și 11.)

Singurul lucru de care suntem siguri este că procesul creației — care transformă „pre-obiectul“ în obiect veritabil — este imprevizibil. Nu știm de ce el reușește în anumite cazuri și eșuează în altele, de ce îi ia câteodată un timp infinit și altădată operează cu rapiditatea unui fulger.

Istoria creației artistice și științifice ne oferă multe anecdote interesante, însă nimic în plus. Știm, de exemplu, că problematica lui Faust l-a preocupat pe Goethe toată viața sa, că el a început *Urfaust* când avea douăzeci și unu de ani și că a lucrat la partea a doua până la moartea sa, în 1832. Randamentul obișnuit al lui Flaubert era de o pagină sau două pagini pe zi; i-au trebuit șapte ani pentru a termina *Madame Bovary*. Vermeer și Giorgione lucrau foarte încet, la fel făcea și Beethoven în majoritatea timpului. Leonardo a lucrat cincisprezece ani la *Gioconda* — pentru a menționa doar câțiva. Pe de altă parte, Mozart a fost un lucrător⁸ rapid (exemplul faimos este uvertura sa pentru *Don Giovanni*), la fel au fost Haydn și Bach. Balzac a fost un scriitor rapid, așa cum este Simenon, a cărui producție obișnuită era, la un moment dat, un roman la cincisprezece zile.

O mare parte a operei lui Van Gogh a fost pictată în doi ani. Presupunem, mai mult sau mai puțin, că anumite conflicte intense la nivel oedipian pot accelera sau inhiba viteza procesului creativ, dar se pare că dincolo de aceste conflicte ceea ce contează în realitate este organizarea psihică a individului, structura ariei sale de creație.

Toate acestea înseamnă foarte puțin mai ales dacă facem o comparație cu ceea ce noi știm despre procesele și mecanismele inconștiente care funcționează sub presiunea conflictelor. Acest fapt este cu atât mai remarcabil, căci analiștii au oportunitatea de a observa subiecți care sunt adânciți în aria creației. Mă gândesc aici la pacientul tăcut, o problemă delicată pentru tehnica noastră. Atitudinea analitică obișnuită constă în a considera tăcerea doar un simptom al rezistenței la materialul inconștient izvorât fie din trecutul pacientului, fie din situația actuală transferențială. Să adăugăm că această interpretare este aproape întotdeauna exactă; pacientul *fuge de* ceva, de obicei de un conflict, dar este de asemenea corect că el *fuge către* ceva, adică înspre o stare în care el se simte relativ în siguranță și unde el poate face ceva în ceea ce privește problema care îl tulbură și neliniștește. Acest ceva pe care îl va produce și apoi ni-l va prezenta este un fel de „creație” — nu neapărat onestă, sinceră, profundă sau artistică, ci, totuși, un produs al creativității sale. Este adevărat că noi nu putem fi cu el în timpul travaliului de creație, dar putem fi cu el în momentul chiar de dinainte și în cel de imediat după; în plus, ne este permis să-l observăm din afară în timpul travaliului său actual. Dacă am putea schimba propria noastră manieră de a aborda tăcerea și de a o studia ca pe o posibilă sursă de informare, în loc de a o considera un semn al rezistenței, poate că atunci am putea învăța ceva în ceea ce privește această zonă a psihismului.

⁸ Cu două zile înainte de premiera lui *Don Juan* la Praga, Mozart nu începuse încă să compună Uvertura. Prietenii săi, directorul Operei și orchestra erau tensionați și neliniștiți, în timp ce geniul însuși se distra nepăsător la o petrecere veselă. Mai târziu, spre seară, el a scris muzica fără nicio corectură ulterioară; a spus că „întreaga partitură muzicală i-a apărut clar în minte spontan și dintr-odată“ (Weiss, E., 1957, p. 213).

CAPITOLUL 6

Rezumat

Avem deci, se pare, cel puțin trei arii ale psihismului, fiecare fiind caracterizată de un număr, așa cum a fost propus pentru prima dată de către Rickman (1951). Aceste trei arii ar putea fi, de asemenea, numite spații, sfere, câmpuri, niveluri, localizări sau instanțe și poate că le-am putea descrie la fel de bine cu alte denumiri. Toți acești termeni conțin propriile lor mulțimi de asocieri și eu sunt mai degrabă precaut în ceea ce privește folosirea unuia dintre ei ca fiind cel mai potrivit. În momentul de față prefer să folosesc termenii „arie” sau „nivel”, însă trebuie să recunosc faptul că nu am clarificat încă de ce îi prefer pe aceștia doi.

Cea mai cunoscută dintre aceste trei arii este caracterizată de cifra 3 și poate fi numită *aria conflictului oedipian*. Am definit-o pe bună dreptate ca fiind complexul nuclear, întrucât întreaga dezvoltare umană — individuală sau colectivă — o traversează obligatoriu și va suporta pentru totdeauna amprenta soluției pe care subiectul sau civilizația în chestiune a găsit-o în lupta sa cu conflictele implicate. Întreaga arie este caracterizată de faptul că tot ceea ce se întâmplă în ea include, în plus față de subiect, cel puțin două obiecte paralele. Forța care operează la acest nivel are forma unui conflict și acest conflict provine, ca regulă generală, din ambivalența creată de complexitatea relațiilor dintre subiect și cele două obiecte paralele ale sale.

Acest nivel este cel pe care îl cunoaștem cel mai bine. Există două motive principale pentru asta. Unul este acela că relația dintre subiect și obiectele sale îi seamănă celei pe care o stabilește un adult; celălalt, că limbajul adult este un mijloc relativ

bine adaptat pentru a descrie ceea ce se poate observa aici.

A doua arie, așa cum am încercat să arăt în această parte, diferă profund de cea precedentă. Este *aria defectului fundamental*, caracterizată de cifra 2, ceea ce semnifică faptul că, în această arie, două persoane și doar două sunt implicate. Relația lor, totuși, nu este asemenea celei care se stabilește între doi adulți; ea este mult mai primitivă. O altă diferență între aceste două arii ține de natura forțelor dinamice care operează în fiecare dintre ele.

În aria complexului oedipian, această forță ia forma unui conflict. Deși foarte dinamică, forța născută din defectul fundamental *nu* are forma unui conflict. Așa cum am descris-o în capitolul 4, ea are forma unui defect, a ceva care este deformat sau care lipsește din psihism, producând un defect care trebuie să fie reparat. Rezultă de aici un număr de probleme tehnice pe care îmi propun să le studiez în părțile III–V ale cărții. Cea mai mare dificultate în fața încercării de descriere teoretică a acestor fenomene este, poate, cum am spus-o deja în mai multe ocazii, relativa inutilitate a limbajului adult.

În fine, avem *aria creației* care este caracterizată de cifra 1. Niciun obiect extern nu este implicat aici, nu există, deci, nici relație de obiect, nici transfer. De aceea, cunoașterea noastră asupra acestor procese este atât de limitată și de incertă. Cum metodele analitice se dovedesc inutilizabile în această arie, va trebui să recurgem la deducții nesigure și la extrapolări.

Care este întinderea acestor arii în psihism? O chestiune foarte interesantă la care nu am decât un răspuns incomplet. Toate trei acoperă, desigur, Eul; dacă ating sau nu Supraeul, n-aș putea spune și aceeași incertitudine trebuie să fie admisă în ceea ce privește Se-ul. Totuși, progresele recente în teoria aparatului psihic aparțin în principal sau

chiar exclusiv Eului. Aceasta este adevărat, de asemenea, pentru Fairbairn, precum și pentru Hartmann și Winnicott; astfel, cel puțin, nu sunt într-o companie proastă.

Înainte de a încheia această parte a cărții aş dori să adaug câteva avertismente. Primul priveşte posibilitatea de a aplica observațiile noastre la teoria generală a evoluției umane. Presupunem, de obicei, că fenomenele clinice observate în situația psihanalitică pot fi considerate ca fiind eșantioane reprezentative ale evoluției umane în întregime (Balint, M., 1956). Dacă este adevărat că această idee este rareori formulată explicit, ea impregnează într-adevăr multe ipoteze teoretice. Consider că este absolut fals; în primul rând, nu tot ceea ce se petrece în evoluția umană se repetă în situația analitică; și, în al doilea rând, ceea ce se repetă este profund deformat de condițiile care predomină în această situație. Freud recomanda deja ca tratamentul analitic să se deruleze într-o stare de abstenență, adică de frustrare. Deși poate că această cerință nu este urmată atât de necondiționat așa cum o sugerează formularea sa, în general este adevărat că pacientul trebuie să accepte în timpul tratamentului său mai multă frustrare decât gratificare. Ar trebui să examinăm mai întâi dacă aceeași disproporție predomină de-a lungul întregii evoluții umane. Până atunci, ar fi mai prudent să presupunem că practica noastră ne oferă o imagine considerabil deformată și că această deformare rezultă din tehnica experimentată, care impune frustrări pacientului în același timp în care împiedică sau inhibă satisfacțiile sale. Neglijând efectele acestei deformări, teoria psihanalitică a ajuns să exagereze inevitabil importanța frustrării și ambivalenței pentru psihism.

Cu siguranță, evenimentele din trecut și din prezent, care aparțin ariei conflictului oedipian, sunt în mod constant prelucrate în cursul

tratamentului analitic, dar totul se întâmplă mai ales într-o manieră indirectă, prin intermediul discursului pacientului. Ceea ce noi observăm direct în situația analitică este o relație bipersonală și, astfel, o parte a ariei defectului fundamental. Apoi, formulăm desigur experiențele noastre într-un limbaj adult, ceea ce înseamnă că trebuie să le ridicăm la nivelul oedipian, adică la nivelul limbajului curent, convențional. Dacă ideile mele sunt corecte, folosirea unui astfel de limbaj trebuie, de asemenea, să provoace o deformare la fel de importantă, fapt care ar putea fi o explicație cu privire la divergența considerabilă între teoria și tehnica noastră, de la ultimele monografii mari ale lui Freud. În partea I am intenționat să depășesc această lacună folosind experiența noastră clinică pentru a dezvolta o teorie nouă a aparatului psihic și, în particular, a Eului, care va include psihologia clasică a Eului, a lui Freud, ca fiind un caz restrictiv.

În al doilea rând, aș vrea să subliniez că, în ceea ce privește această parte a cărții, am lăsat cu totul deschisă problema cronologiei, din moment ce consider că actualele noastre cunoștințe nu ne permit să decidem în această problemă dificilă. Ar fi tentant, însă sunt convins că ar fi fals să presupunem că ceea ce este simplu pe plan logic se află în mod necesar mai devreme în cronologie; am avea atunci o succesiune: mai întâi nivelul creației, apoi nivelul defectului fundamental și, în fine, nivelul complexului oedipian. După cum ne învață embriologia, se întâmplă frecvent în cursul dezvoltării ca o structură complexă timpurie să se simplifice progresiv sau chiar să dispară complet într-un stadiu ulterior (Balint, M., 1959, capitolul 7). Ne putem astfel imagina că nivelul cel mai timpuriu este cel al iubirii primare și împreună cu el nivelul defectului fundamental, care ar fi nivelul plecând de la care s-ar dezvolta pe de o parte

nivelul conflictului oedipian, prin diferențiere și, pe de altă parte, nivelul creației, prin simplificare.

Am intenția să adopt această idee ultimă ca pe o ipoteză de lucru și să cercetez dacă ea permite o înțelegere mai bună a unora dintre chestiunile noastre tehnice și teoretice, care au rămas neînțelese la bază.

Pe plan teoretic, avem două probleme vechi legate între ele: narcisismul și regresia. Deși ambele au legături cu aria complexului oedipian, în principal ele aparțin ariei defectului fundamental. Din moment ce acest fapt nu a fost evaluat cum se cuvine, apariția trăsăturilor narcisice sau regresive în situația transferențială a fost, în general, considerată un semn predictiv nefast. În părțile a II-a și a III-a vom examina în ce măsură această generalizare a fost justificată și în ce fel de cazuri ea s-a dovedit inexactă. După ce vom clarifica abordarea, vom discuta implicațiile tehnice în ultimele două părți ale acestei cărți.

Partea a II-a

Narcisism primar și iubire primară

CAPITOLUL 7

Cele trei teorii ale lui Freud

Este un fapt curios, însă ușor de verificat că, pentru mulți ani, Freud a susținut trei teorii incompatibile în ceea ce privește relația cea mai primitivă a individului cu mediul său. Cea mai veche dintre acestea a fost tipărită în 1905 în *Trei eseuri asupra teoriei sexualității* și a rămas neschimbată în toate edițiile sale ulterioare, astfel că această lucrare, împreună cu *Interpretarea viselor*, au fost menținute la zi de Freud, care le-a revizuit și îmbunătățit cu fiecare nouă ediție, incluzând toate descoperirile făcute ulterior apariției ediției anterioare. Este destul de ciudat faptul că întâlnim acest pasaj în ultima parte a celui de-al treilea și ultim eseu care poartă în germană titlul *Die Objektfindung*, o expresie frumoasă și concisă care a trebuit să fie tradusă în engleză, cu stângăcie, „descoperirea obiectului“.

Freud scria: „Pe când satisfacția sexuală de început era încă legată de alimentare, *pulsiunea sexuală își avea obiectul în afara propriului corp*, în sânul mamei. Ea îl pierde doar mai târziu, poate exact în momentul când devine posibil pentru copil să își formeze o *reprezentare globală a persoanei* căreia îi aparține organul care îi furnizează satisfacția. *Pulsiunea sexuală devine atunci de regulă erotică* și abia după depășirea perioadei de latență se restabilește raportul original. Nu fără bune motive, suptul copilului la sânul mamei a devenit un model pentru orice relație de iubire. Descoperirea obiectului este de fapt o regăsire.“⁹

Aș dori să fac două remarci cu privire la traducerea engleză, de altfel excelentă. Ultima frază este cu adevărat frumoasă în limba germană: „*Die Objektfindung ist eigentlich eine Wiederfindung*“. Limba engleză nu este decât o

reflectare palidă a limbii germane originale, percutantă și categorică. O traducere puțin mai liberă, chiar dacă nu este foarte corectă — și, după mine, mai fidelă — ar fi următoarea: „Orice descoperire a obiectului este, de fapt, o redescoperire“. A doua mea remarcă privește problema timpului. În versiunea lui Freud găsim *anfänglichste, Sexualbefriedigung*, care este incomparabil mai semnificativă decât traducerea în limba engleză, pe de altă parte corectă, „primele începuturi ale satisfacerii sexuale“; „prima satisfacere sexuală“, ar fi poate o traducere mai fidelă.

Așa cum tocmai am menționat, acest pasaj rămâne în sine neschimbat, dar în 1915 Freud a adăugat o notă de subsol care atrage atenția asupra descoperirii sale cu privire la o metodă *suplimentară* de găsire a obiectului, cea narcisică. Este ușor de arătat că, timp de mulți ani după introducerea teoriei psihanalitice a narcisismului, Freud nu a intenționat să renunțe la noțiunea de relație de obiect primară în favoarea narcisismului primar.

Pentru a dovedi această afirmație voi cita două pasaje din scrierile sale din timpul acestor ani. Unul este din prelegerea a 21-a din *Introducere în psihanaliză* care, așa cum știm, a fost susținută pentru ultima dată în 1916–1917 și pentru prima dată publicată în 1916 și 1917. Freud a arătat mai întâi că unele dintre componentele pulsionii sexuale, ca sadismul, scopofilia și curiozitatea, au un obiect chiar de la început. El continuă: „Altele, care sunt legate mai clar de anumite zone erogene ale corpului, au un obiect numai la început, atâta timp cât ele se mai sprijină încă pe funcțiile nonsexuale și îl abandonează atunci când se desprind de acestea“¹⁰. El se referă aici la componentele pulsionii orale; și apoi afirmă: „Pulsiunea orală devine *autoerotică*, așa cum sunt de la început pulsiunile anale și alte pulsiuni

erogene. Dezvoltarea ulterioară are, pe scurt, două scopuri: în primul rând, acela de a părăsi autoerotismul, de a schimba din nou obiectul din propriul corp cu un obiect străin, și, în al doilea rând, de a unifica diferitele obiecte ale pulsionilor individuale, de a le înlocui cu un singur obiect ^{“11}.

Celălalt pasaj este din articolul lui Freud despre psihanaliză publicat în *Handwörterbuch der Sexualwissenschaft* al lui M. Marcuse și este menționat în secțiunea care are subtitlul: „Găsirea obiectului și complexul Oedip“. „Pulsunea parțială orală își găsește mai întâi satisfacerea pe baza saturării nevoii de hrană și obiectul său este sânul matern. Apoi, ea se desprinde, devine independentă și în același timp *autoerotică*, adică își găsește obiectul pe propriul corp ^{“12}.

Știm că acest articol a fost scris în 1922, chiar înainte de Congresul de la Berlin, ultimul congres la care Freud a fost prezent și în cadrul căruia și-a enunțat ideile inovatoare cu privire la structura aparatului psihic, idei care au condus apoi la dezvoltarea a ceea ce numim astăzi psihologia Eului. Totuși, așa cum o dovedesc pasajele citate, el nu a abandonat ideea unei relații de obiect primare.

Celelalte două teorii referitoare la relația cea mai primitivă a individului cu mediul au fost publicate pentru prima dată în lucrarea sa „Pentru a introduce narcisismul“, în 1914, deși cea mai veche dintre ele a avut mai mulți precursori în anii anteriori. În articolul din 1914, această primă teorie este formulată într-o manieră absolut categorică, fără alte corecturi. În prima parte a acestui articol, Freud se întreabă: „Cum se comportă narcisismul de care ne ocupăm acum față de autoerotismul pe care noi l-am descris ca pe o stare timpurie a libidoului? ^{“13} El răspunde la această întrebare după cum urmează: „La individ nu există de la început o unitate comparabilă a Eului; Eul trebuie să se dezvolte. Pulsunile

autoerotice sunt însă primordiale; trebuie, aşadar, ca o nouă acţiune psihică să se adauge autoerotismului, pentru a forma narcisismul “¹⁴.

Pe de altă parte, Ernest Jones ne învaţă (*Sigmund Freud*, II, p. 304) că pe data de 10 noiembrie 1909, în timpul unei reuniuni a Societăţii de Psihanaliză de la Viena, a fost menţionată pentru prima dată folosirea de Freud a termenului de „narcisism” în sensul citat mai sus. El declara că „narcisismul a fost un stadiu intermediar necesar în trecerea de la autoerotism la aloerotism”. Acesta este într-un acord perfect cu un pasaj care se găseşte în analiza cazului Schreber. „Cercetări de ultimă oră ne-au atras atenţia asupra unui stadiu în istoria evoluţiei libidoului, stadiu ce este parcurs pe calea de la autoerotism la dragostea de obiect. Acest stadiu a fost numit narcisism... O asemenea fază intermediară între autoerotism şi alegerea obiectuală poate că este în mod normal inevitabilă; se pare că multe persoane zăbovesc în ea neobişnuit de mult şi că trăsături ale acestei faze persistă şi în stadiile ulterioare ale dezvoltării “¹⁵. Acest pasaj publicat în 1911 este, întâmplător, a treia ocazie în care Freud foloseşte termenul de „narcisism” într-o lucrare publicată, a doua fiind articolul despre Leonardo Da Vinci. Vom reveni imediat la prima ocazie în care termenul a fost folosit.

Voi dezbate două puncte aici. În primul rând, Freud ne oferă în aceste două pasaje o descriere fără echivoc. Forma cea mai primitivă de relaţie între individ şi mediul său este autoerotismul. Acesta este urmat de stadiul narcisic începând cu care se dezvoltă relaţiile de obiect. În mod evident, este vorba despre evoluţia care conduce la tipul de alegere de obiect care, mai târziu, în articolul „Pentru a introduce narcisismul”, va fi numită alegerea de obiect narcisică. Această evoluţie trebuie să fie considerată o alternativă sau o

paralelă la evoluția descrisă anterior — în *Trei eseuri* și în alte scrieri citate mai sus, care încep cu o relație de obiect primară și ajung la o alegere de obiect, numită mai târziu de Freud anaclitică.

Al doilea punct: în pasaje citate, Freud declară că narcisismul este, fundamental și intrinsec, un fenomen secundar — un „stadiu intermediar“. Permiteți-mi să repet fraza în chestiune: „Trebuie, așadar, ca o nouă acțiune psihică să se adauge autoerotismului, pentru a forma erotismul“¹⁶. Să notăm că nu există nicio descriere care să însoțească această afirmație. Acest fapt este și mai surprinzător deoarece acest citat este extras din două paragrafe care urmează imediat pasajului în care Freud folosește pentru prima dată celebra sa metaforă a amibe: „Ne formăm astfel reprezentarea unei investiții libidinale primare a Eului, din care o parte se conferă mai târziu obiectelor, dar care în fond rămâne și se comportă față de investirea obiectuală așa cum se comportă corpul unui animal protoplasmatic față de pseudopodele pe care le-a emis“¹⁷. Voi reveni în prezent asupra acestei contradicții după descrierea celei de-a treia teorii a lui Freud.

Este remarcabil faptul că articolul „Pentru a introduce narcisismul“, care prezintă această teorie, nu conține o descriere concisă a narcisismului primar. Totuși, așa cum știm în general, narcisismul primar a devenit teoria standard pentru a descrie relația cea mai primitivă a individului cu mediul său și Freud se referă la ea de mai multe ori în lucrările sale anterioare. Este de asemenea interesant să subliniem că această teorie nu s-a schimbat în cursul ultimilor 25 de ani de muncă activă ai lui Freud. Pentru a dovedi aceasta, voi cita două pasaje. Unul a fost adăugat în *Trei eseuri* cu ocazia celei de-a treia ediții, care a fost publicată în 1915: „Libidoul narcisic sau al Eului ni se pare a fi un mare rezervor din care sunt emise investițiile de obiect și în care ele sunt din

nou incluse; investirea narcisică a libidoului în Eu, ca starea originară care se realizează în prima copilărie și care este doar mascată de emisiile ulterioare ale libidoului, se menține în fundal, în spatele acestora ⁹.

Celălalt pasaj este extras din ultima lucrare a lui Freud, rămasă neterminată, „Compendiu de psihanaliză“, scrisă între 1938 și 1939; îl găsim în al doilea capitol care are subtitlul „Teoria pulsionilor“: „Este dificil de spus ceva despre comportarea libidoului în Se și în Supraeu. Tot *ce știm în acest sens se referă la Eu, în care este înmagazinat la început întregul quantum disponibil de libido*. Numim această stare narcisismul primar absolut. Ea durează până când Eul începe să investească reprezentările de obiecte cu libido, să transpună libidoul narcisic în libido obiectual. Toată viața Eul rămâne marele rezervor din care sunt trimise investiții de libido către obiecte și în care sunt și retrase din nou, așa cum procedează un animal protoplasmatic cu pseudopodele sale. Numai când cineva este îndrăgostit total, cota principală de libido este transferată asupra obiectului și obiectul se pune oarecum în locul Eului ¹⁰. Descrierea prezentată aici cu propriile cuvinte ale lui Freud a devenit versiunea oficială, singura care se învață în toate institutele de psihanaliză din lumea întreagă.

⁹ Freud, S., *Opere 6, Studii despre sexualitate*, Editura Trei, 2001, p. 111.

¹⁰ Freud, S., *Opere esențiale 1, Introducere în psihanaliză*, Editura Trei, 2010, p. 368.

¹¹ Ibidem, p. 368.

¹² Freud, S., *Opere 13, Compendiu de psihanaliză*, Editura Trei, 2005, p. 94.

¹³ Freud, S., *Opere 3, Psihologia inconștientului*, Editura Trei, 2004, p. 36.

¹⁴ Ibidem, p. 36.

¹⁵ Freud, S., *Opere 7, Nevroză, psihoză, perversiune*, Editura Trei, 2002, p. 159.

¹⁶ Freud, S., *Opere 3*, p. 36.

¹⁷ Op. cit., p. 35.

¹⁸ Freud, S., *Opere 6*, pp. 107–108.

¹⁹ Freud, S., *Opere 13*, pp. 152–153.

CAPITOLUL 8

Contradicții inerente

Următoarele trei teorii — cea a *iubirii primare de obiect*, a *autoerotismului primar* și a *narcisismului primar* — se contrazic doar aparent. Totuși, după cunoștințele mele, Freud nu a abordat niciodată studiul acestei contradicții într-un text scris; dimpotrivă, există o dovadă tipărită destul de târziu, în 1923, confirmând menținerea simultană a celor trei teorii. Singura explicație posibilă este că ele nu i se păreau nici contradictorii, nici incompatibile.

Înainte de a începe discuția asupra acestei probleme delicate, trebuie să ne amintim că psihanaliza, urmându-l fidel pe Freud, folosește termenul de narcisism pentru a descrie două stări similare, însă departe de a fi identice. Una dintre ele — pe care Freud a numit-o narcisism primar sau absolut — corespunde unei ipoteze și nu unei observații clinice; *presupunem* că, la început, întregul libido este depozitat în Eu sau în Se. Cealaltă stare, numită în general narcisim, dar a cărei denumire exactă ar trebui să fie narcisism secundar, poate fi *observată clinic*; este vorba despre o stare în care o parte, câteodată foarte mare, a libidoului care investea înainte obiectele externe este retrasă de la acestea, pentru a investi Eul — categoric *nu* Se-ul. Această distincție își va dovedi importanța în capitolele următoare ale părții a II-a.

Freud, fără a menționa necesitatea de a rezolva sau măcar de a reconcilia contradicțiile interne pe care tocmai le-am menționat, a intenționat încă din 1917 să facă o sinteză a celor trei teorii în *Introducere în psihanaliză*. În prelegerea a 26-a, care are subtitlul „Teoria libidoului și narcisismul” el scrie: „Până acum am avut puține prilejuri de a vă vorbi despre bazele vieții amoroase, în măsura

în care noi am cunoscut-o, și nici acum nu pot urma această pistă. Nu voi lua din aceasta decât un singur aspect, anume că alegerea de obiect, progresul în dezvoltarea libidoului care se face după stadiul narcisic, poate avea loc în două moduri. Fie după *tipul narcisic*, adică în locul propriului Eu apare ceva care seamănă cel mai mult posibil cu el, fie după *tipul anacletic* (alegere prin anaclisis), adică persoanele valoroase datorită faptului că satisfac alte trebuințe vitale sunt alese drept obiecte și de către libido ^{“20}.

Aș dori să adaug alt citat din același capitol: „Astfel, autoerotismul a fost activitatea sexuală a stadiului narcisic al evoluției libidinale ^{“21}.

Nu este nicio îndoială că Freud ne-a oferit aici o teorie aparent completă: stadiul cel mai primitiv este narcisismul primar, de unde pleacă toate celelalte organizări ale libidoului care vor forma stadiile următoare. În ciuda avantajului că este simplă și plauzibilă, această teorie nu rezolvă totuși contradicțiile fundamentale pe care le-am evocat mai sus; mai mult, ea creează în mod inutil probleme noi. Ca dovadă, voi menționa o notă ciudată pe care Freud a adăugat-o în capitolul trei din *Eul și Se-ul*, studiu care a fost publicat pentru prima dată în 1923 (chiar anul apariției articolului său enciclopedic precizând natura primară a iubirii obiectuale). Subtitlul capitolului este „Eul și Supraeul“ și nota se referă la prima parte a capitolului. Freud descrie aici schimbările care se pot produce în Eu când Se-ul — și *nu* Eul, cum a postulat în citatul precedent din *Compendiu de psihanaliză* — a fost forțat să renunțe la unul dintre obiectele sale de iubire, aceste schimbări fiind introiecția și identificarea: „Acum, în urma separării Eului de Se, ultimul trebuie recunoscut ca marele rezervor al libidoului, în sensul introducerii narcisismului. În ce privește libidoul pe care Eul îl primește în urma identificărilor pe care le-am descris, el este sursa *narcisismului secundar*“ ^{“22}.

Mai departe, în capitolul 4, Freud reafirmă această idee într-un mod și mai categoric: „Inițial, întreg libidoul este acumulat în Se, în timp ce Eul este în curs de formare sau foarte slab. Se-ul repartizează o parte a libidoului său investirilor obiectuale erotice, în timp ce Eul caută, pe măsură ce se fortifică, să-și însușească acest libido obiectual și să se impună Se-ului ca singurul obiect al iubirii. Narcisismul este, așadar, un narcisism secundar — libido sustras obiectelor”²³.

Este evident că aceste două pasaje au ca scop clarificarea unei situații confuze în lumina noilor descoperiri. Se ajunge aici într-un anumit punct — însă, doar într-o măsură provizorie, cum vom vedea mai târziu — și, în același timp, vor apărea probleme și contradicții suplimentare. Am învățat că marele rezervor al libidoului este Se-ul și nu Eul, cum este afirmat în altă parte, înainte, cât și după *Eul și Se-ul*; am învățat, de asemenea, că investiri libidinale ale Eului, în particular cele ale părților din Eu care au fost modificate de introiecție și identificare, sunt atribuite narcisismului secundar, oricât de timpurie ar fi apariția lor în viața subiectului. Întrebarea care apare ar fi, evident, următoarea: există vreun narcisism primar în Eu? Fapt remarcabil, Freud nu ridică aici această întrebare.

Care este deci rolul și care este locul narcisismului primar? Și aceste două pasaje se pot ele integra versiunii curente, așa cum figurează în pasajul citat din *Compendiu de psihanaliză*, conform căruia tot ceea ce știm despre acesta (despre libido) se referă la Eu, unde se găsește înmagazinată la origine întreaga parte disponibilă a libidoului? Vom numi această stare „narcisism primar absolut”.

James Strachey a intenționat să rezolve această contradicție într-o notă editorială ce însoțește *Eul și Se-ul*, intitulată „Marele rezervor al libidoului”²⁴. Strachey sugerează în această notă că

Freud, fără să-și dea seama, a folosit probabil expresia „marele rezervor al libidoului“ în două sensuri diferite: (a) în sensul unei funcții similare celei a unui rezervor de stocare și (b) în sensul unei alte funcții asemănătoare unei surse de aprovizionare. În mod evident, primul sens se referă la Eu și cel de-al doilea la Se. Este o ipoteză foarte plauzibilă, în stilul lui Freud, și dacă am adopta-o, ea ar rezolva această contradicție particulară. Totuși, Freud nu a crezut niciodată în ea și dacă definește Se-ul ca fiind sursa narcisismului primar, lasă nerezolvată problema a ce este investit *prin* narcisismul primar. Aceasta nu poate fi Eul — este îndoielnic faptul că există în stadiile timpurii un Eu care să fie investit; nu poate fi vorba nici despre Se — această ipoteză s-ar confunda din nou cu „rezervorul de stocare“ și cu „sursa de aprovizionare“, noțiuni pe care Strachey le-a diferențiat atât de clar. (Hartmann, H., 1956, p. 433.)

O alternativă ar consta în acceptarea raționamentului puțin mai sever al lui Hartmann, conform căruia „Freud, ca atâția alții, a folosit uneori termenul de „Eu“ în mai multe sensuri, și nu întotdeauna în sensul cel mai clar definit. Ocazional (...) termenul de „Eu“ a devenit interșanjabil cu „propria persoană“ sau cu „Sinele“.

Hartmann propune atunci să distingem între două înțelesuri diferite ale termenului de „Eu“, „unul referitor la funcțiile și investirile Eului în calitate de sistem (spre deosebire de investirile diferitelor părți ale personalității), celălalt referitor la opoziția între investirea propriei persoane și investirea altor persoane (obiecte). Însă, termenul de «narcisism» a folosit atât la descrierea investirii libidinale a Eului, cât și la investirea libidinală a propriei persoane. Deci, în această întrebuintare își are originea formularea frecvent răspândită conform căreia, la începutul vieții, întreg libidoul

este concentrat în Eu, o parte din acesta fiind mai târziu trimisă în exterior pentru a investi obiectul. În acest caz, pare foarte limpede faptul că Freud concepea investirea propriei persoane ca fiind anterioară investirii obiectului, pentru simplul fapt că el nu se gândea, cu atât mai puțin la acea vreme, că ceva asemănător Eului a fost prezent la naștere“. Apoi, Hartmann concluzionează că „pare esențial, dacă vrem să definim narcisismul, să distingem, opunându-le, investirea libidinală a propriei persoane și investirea libidinală a obiectelor ca fiind elementul fundamental“.

Această propunere întâlnește mai multe obiecții. Prima dintre ele este că ea evită problema, considerând-o ca și rezolvată. Dificultățile noastre au legătură cu teoria noastră actuală asupra aparatului psihic și teoria asupra narcisismului primar, care ne conduc la contradicții aparent insolubile. Hartmann încearcă atunci să salveze situația introducând un concept de circumstanță în loc să caute slăbiciunile celor două teorii, sau cel puțin a uneia dintre ele. Vom relua mai târziu examinarea acestui demers metodologic. Între timp, să studiem sensul noului concept: „investirea libidinală a propriei persoane“. Înainte de a fi capabili să facem asta, ar trebui să definim „propria persoană“. Să fie însumarea conștientului și a preconștientului? Ar trebui să includem aici totalitatea Eului și a Supraeului sau doar partea conștientă a acestor două instanțe excluzând complet Se-ul? Sau ar trebui ca Se-ul să fie, de asemenea, inclus? În acest ultim caz, trebuie totuși să ne întrebăm cum este aceasta posibil căci, în ansamblu, nu există acces conștient la Se și este deci dificil să ne imaginăm cum acesta ar putea fi resimțit ca „Sine“. Consider că este corect să spunem că „persoana proprie“ și „Sine“ sunt concepte neclare și confuze precum „caracter“, „personalitate“ etc. sunt termeni vagi și confuzi, foarte folositori atunci când suntem în încurcătură,

dar a căror folosire este inadmisibilă în scopul de a scăpa de o dificultate teoretică.

Dacă adoptăm această nouă terminologie, propusă la origine de Hartmann, Kris și Loewenstein, o mare parte — deși nu toate — a contradicțiilor interne ale teoriei narcisismului primar ar dispărea. Cu toate acestea, trebuie să răspundem la două întrebări: această terminologie revizuită nu aduce cu ea complicații noi; și, în al doilea rând, Freud ar fi acceptat-o? La aceste două întrebări nu este ușor de răspuns. Dacă narcisismul a fost definit ca investire libidinală a Sinelui, vom fi astfel aduși în situația de a distinge, în plus față de forma generală a narcisismului Sinelui, categoriile particulare ale narcisismului Se-ului, ale narcisismului Eului, ale narcisismului Supraeului, și, probabil, pentru fiecare categorie, forme primare și secundare. Chiar dacă această subdiviziune aparent precisă se va arăta avantajoasă în viitor — cu condiția că vom ajunge să definim suficient Sinele pentru a-l diferenția de Eu, de Se și de Supraeu —, în prezent nu vedem aici decât complicații *teoretice* inutile.

Această nouă terminologie nu ne risipește îndoielile de ordin *clinic* referitoare la natura primară a tuturor acestor noi tipuri de investiții narcisice. Dacă presupunem că nu doar *Anlage*, ci, de asemenea, părți importante din Supraeu sunt determinate filogenetic, investirea acestuia trebuie să fie secundară și să derive din investirile obiectelor introiectate ontogenetic, așa cum Freud a descris în *Eul și Se-ul*. Dacă vom accepta ideea lui Freud că Eul trebuie să fie dezvoltat printr-un proces de maturizare, va rezulta de aici că investirile sale trebuie să se dezvolte într-un ritm aproximativ identic și acesta nu poate fi primar. Rămâne deci narcisismul Se-ului care ar putea fi, eventual, o stare primară. Ne putem imagina fără prea multe probleme, împreună cu James Strachey, Se-ul ca *sursă* — sau chiar rezervor — al

întregului libido, însă nu ca fiind obiectul său originar. Libidoul a fost întotdeauna reprezentat ca un curent, ca un flux: este dificil să concepem că ar putea avea un singur și același punct ca sursă și ca scop, cu excepția cazului în care curentul nu-și părăsește sursa, se îndepărtează, își schimbă direcția, apoi face cale întoarsă pentru a reveni la punctul său de plecare; cu toate acestea, doar narcisismul așa-zis secundar ar putea corespunde acestei descrieri. Pe de altă parte, un izvor fără debit ar ajunge la o creștere de tensiune și despre acest fapt vorbea Freud atunci când scria: „Trebuie în cele din urmă să începi să iubești pentru a nu ajunge bolnav și trebuie să te îmbolnăvești atunci când, ca urmare a unei frustrări, nu poți iubi”²⁵.

Această problemă, de a determina în plan topic partea aparatului psihic investită de ipoteticul narcisism primar — în contradicție cu *sursa* întregului libido —, nu a fost niciodată rezolvată de Freud și, după părerea mea, este doar împinsă într-o parte, și nu rezolvată, de propunerea lui Hartmann, Kris și Loewenstein. Este adevărat că, dacă vom compara cele două pasaje din *Eul și Se-ul* cu, de exemplu, cele două pasaje citate mai sus, unul din *Trei eseuri* și celălalt din *Compendiu de psihanaliză*, trebuie să recunoaștem că propunerea lui Hartmann, Kurt și Loewenstein pare să fie bine fondată. În acest sens, introducerea „sinelui” este o propunere folositoare în măsura în care ea clarifică — aparent — o teorie atât de confuză, dar trebuie să ne întrebăm dacă ea mai face și altceva. În particular, ne poate ea oferi un punct de plecare pentru observații clinice noi sau ne poate ea ajuta să explicăm fenomene clinice bine stabilite, care au rămas inexplicabile până în prezent? Răspunsul la aceste două întrebări este negativ. În plus, introducerea „sinelui” nu intenționează să rezolve contradicția importantă de ordin cronologic discutată în capitolul 11.

În ciuda criticilor severe ale lui Hartmann, Freud a fost un autor lipsit de griji: el trebuia să aibă un motiv pentru a reveni constant la investiriile Eului de fiecare dată când vorbea despre narcisism. Împărtășesc, deci scepticismul lui Eduardo Weiss în exprimarea unor îndoieli mari cu privire la acceptarea de către Freud a propunerilor lui Hartmann, Kris și Loewenstein. Deși trebuie să admitem că Freud nu a nutrit niciodată ambiția de a fi un teoretician obsesional, el era, cu siguranță, un observator ireproșabil în domeniul clinic; și, invariabil, am constatat că, pe măsură ce studiem mai îndeaproape descrierile sale clinice, suntem cu atât mai impresionați de adevărul și profunzimea lor. Refuz deci să îmi explic această contradicție internă a teoriei narcisismului primar printr-o folosire neglijentă sau printr-o incapacitate de a vedea clar lucrurile și de a le defini cu precizie; ci, mai degrabă, este vorba despre reticența lui Freud de a renunța sau de a modifica observațiile clinice în favoarea unei teorii clare. Dacă el, totuși, revenea întotdeauna la investirea libidinală a Eului de fiecare dată când vorbea despre narcisism, este pur și simplu pentru că acesta este ceea *ce poate fi observat*; restul nu este decât speculație, plauzibilă sau falsă, dar nu un fapt clinic observabil²⁶.

²⁰ Freud, S., *Opere esențiale*, 1, p. 474.

²¹ Ibidem, p. 462.

²² Freud, S. *Opere* 3, p. 279.

²³ Ibidem, p. 294.

²⁴ Îmi exprim aici întreaga mea recunoștință pentru că am putut vedea această notă în versiunea sa dactilografată. Ea a apărut în volumul XIX din Ediția Standard.

²⁵ Freud, S., *Opere* 3, p. 44.

²⁶ Poate că noțiunea de narcisism primar constituie, de asemenea, o încercare de a rezolva un conflict psihologic. Freud face aluzie în

mai multe ocazii, în scrierile sale, la atașamentul intens pe care îl avea pentru mama sa — alegere de obiect de tip anaclitic. Cunoaștem, de asemenea, atașamentul său profund față de bărbați, o mișcare puternică de-a lungul vieții sale, care a debutat, fără îndoială, la vârsta de doi ani a nepotului său John, dacă nu chiar mai devreme — o alegere de obiect de tip narcisic. Există multe indicii în viața lui Freud, în special logodna sa lungă și mariajul tardiv, care arată că el a întâmpinat dificultăți considerabile căutând o soluție satisfăcătoare pentru acest conflict. Putem presupune că teoria narcisismului primar, în afară de valoarea sa științifică, avea ca obiectiv suplimentar să lase aceste două tendințe contradictorii mai în spate și să ridice în locul rămas liber o construcție teoretică încurajatoare, scutită de conflict, cel puțin pentru autorul său.

CAPITOLUL 9

Fenomene clinice referitoare la narcisism

Vă propun să-l urmărim pe Freud care, în articolul său „Pentru a introduce narcisismul“, ne avertizează că speculațiile și teoriile „nu sunt fundamentul științei, pe care stă totul; observația este mai degrabă astfel. Ea nu este ceea ce e cel mai de jos, ci ceea ce e cel mai de sus în întreaga construcție, putând fi înlocuită și îndepărtată fără pierderi”²⁷. Urmând acest sfat, să examinăm observațiile clinice pe care Freud le-a folosit în lucrarea sa din 1914 pentru a demonstra existența narcisismului. Apărătorii teoriei vor începe prin a spune, așa cum a spus-o și Freud, că observațiile clinice nu pot nici confirma, nici infirma narcisismul primar, deoarece aceasta nu este decât o teorie; apoi, la fel ca Freud, ei vor propune observații clinice pentru a face teoria *acceptabilă*. În acest capitol intenționez să arăt că observațiile pe care Freud și, după el, alți teoreticieni care au fondat ipoteza narcisismului primar nu dovedesc decât existența narcisismului secundar. O teorie a narcisismului primar îi poate fi atașată, însă nu rezultă din aceasta.

În lucrarea „Pentru a introduce narcisismul“, Freud a enumerat cinci fenomene clinice pe care și-a bazat teoria asupra narcisismului; totuși, în raționamentul său, el a folosit de fapt opt. Mai întâi, el menționează studiul schizofreniei și al homosexualității, apoi continuă: „Ne rămân oricum deschise alte câteva căi pentru a ne apropia de cunoașterea narcisismului, pe care vreau acum să le descriu pe rând: observarea bolii organice, a ipohondriei și a vieții erotice a sexelor”²⁸. Celelalte trei fenomene care nu sunt menționate aici, dar care sunt folosite în demonstrație sunt: (1) diferitele supraestimări — psihotice și normale —

ale sinelui și ale obiectului, (2) somnul și (3) observarea copiilor mici și a nou-născuților. În cazul maladiei organice sau al ipohondriei, este vorba indiscutabil despre narcisismul secundar, adică despre libidoul retras obiectelor; dar ce putem spune despre alte observații clinice?

Voi începe discuția cu observațiile referitoare la homosexualitate și la viața amoroasă a sexelor. După trimiterea la teoria sa asupra „descoperirii obiectului” care se găsește în *Trei eseuri*, Freud continuă: „Pe lângă această sursă și acest tip de alegere a obiectului, care poate fi denumit prin *anaclysis*, investigația analitică ne-a făcut cunoștință cu un al doilea tip, pe care nu eram pregătiți să-l găsim. Am găsit, în mod foarte clar *în special la persoanele la care dezvoltarea libidoului a cunoscut o tulburare*, precum și la perversi și homosexuali, că ei nu și-au ales obiectul lor sexual de mai târziu după modelul mamei, ci după cel al propriei lor persoane”²⁹. El se gândește aici la alegerea de obiect de tip narcisic. Apoi, încheie paragraful: „Trebuie recunoscut în această observație motivul cel mai puternic care ne-a determinat să admitem narcisismul”³⁰.

La care formă de narcisism face Freud aluzie aici? Fraza pe care am subliniat-o cu italice sugerează că este vorba despre narcisismul secundar. Acest fapt este în acord cu presupunerea că Freud evocă o evoluție pe care am putea-o califica drept normală atunci când el descrie tipul anaclitic și se referă la forme patologice grave atunci când descrie tipul narcisic. Dacă vom accepta că narcisismul primar este un stadiu normal în dezvoltare, este mai degrabă ciudat că niciun tip normal nu pare să decurgă de aici.

Un argument ulterior al tezei mele este că tipul de alegere de obiect narcisic depinde de narcisismul secundar și nu de cel primar, și acesta poate fi găsit în pasajul istoric în care Freud

folosește pentru prima dată termenul de „narcisism” într-o publicație. Este vorba despre o notă adăugată în 1910 în *Trei eseuri*: „În toate cazurile investigate, am stabilit că investiții de mai târziu au trecut în primii ani ai copilăriei printr-o fază de fixație foarte intensă, dar de scurtă durată, asupra femeii (de cele mai multe ori mama) după depășirea căreia s-au identificat cu femeia și s-au luat pe ei înșiși drept obiect sexual, adică, pornind de la narcisism, caută bărbați tineri asemănători cu propria persoană, pe care vor să îi iubească așa cum mama i-a iubit pe ei”³¹. Desigur, aceasta este încă o afirmație categorică. În plus, ea se sprijină pe observațiile clinice care au fost confirmate de toți cei care au analizat pacienți homosexuali. Ea constituie unul dintre cele mai solide argumente posibile în favoarea naturii secundare a alegerii de obiect de tip narcisic.

Există încă un alt tip de observații care, deși Freud nu le menționează explicit în această enumerare, sunt folosite pe scară largă pentru a demonstra existența narcisismului; acest grup cuprinde toate tipurile de supraestimări nerealiste, de la megalomania psihotică până la idealizare, trecând prin supraestimarea sinelui sau a obiectelor iubirii sale. Este evident că în toate cazurile de supraestimare a unui obiect extern, libidoul obiectului efectuează prima investiție care, într-un al doilea timp, poate fi întărită de libidoul narcisic — ceea ce, cu siguranță, nu este un argument princeps în favoarea narcisismului primar; cât despre argumentele care pledează în favoarea naturii secundare a narcisismului, folosite în megalomania psihotică, acestea sunt și mai puternice. De asemenea, este ușor să arătăm că formarea idealului Eului și, în fapt, întreaga idealizare depind de narcisismul secundar³². Orice ideal începe prin interiorizarea a ceva derivat din obiectele externe, în general figurile parentale, și se modelează după ele. Această construcție se

numește introiecție; suntem obligați să admitem că doar obiectele externe importante pot fi introiectate, adică obiectele puternic investite cu libido.

Fenomenul idealizării este strâns legat de supraestimarea pe care o putem observa la popoarele primitive și la copii și, în teoria analitică, este în mod obișnuit numit „omnipotență”. Această expresie este câteodată explicit atenuată de adjective precum „iluzorie” sau „halucinatorie”, însă acest sens de „omnipotență” este, întotdeauna și fără excepție, implicit atunci când îl folosim. Faptul în sine sugerează că această observație clinică, bine confirmată, este de natură secundară, adică ulterioară frustrării. În plus, dacă adulții sau, la drept vorbind, copiii care manifestă atitudini omnipotente sunt analizați, omnipotența se evidențiază invariabil ca o încercare de apărare disperată împotriva unui sentiment copleșitor de neputință. După părerea mea, datele antropologice referitoare la popoarele primitive sunt în acord cu această explicație. Pe de altă parte, cum ideile noastre despre omnipotență s-au bazat, în mod esențial, pe extrapolări plecând de la observațiile asupra adulților sau a copiilor mai mari, consider că ele nu pot fi folosite, fără altă dovadă, în favoarea existenței narcisismului primar; ele nu pot dovedi decât existența narcisismului secundar.

Celălalt fenomen clinic folosit de Freud pentru a demonstra existența narcisismului este somnul, care, fapt remarcabil, nu a fost inclus în enumerarea citată anterior; el s-a referit la acesta — ca un fel de reflecție retroactivă — la sfârșitul studiilor sale despre modificările care intervin în distribuirea libidoului în timpul maladiilor organice. Aici el spune: „În ambele cazuri nu am văzut nimic altceva decât exemple de schimbare a distribuției libidoului ca urmare a schimbării Eului”³³. Această descriere clinică impecabilă

sugerează că stările narcisice menționate sunt de natură secundară.

Indiscutabil, somnul prezintă un anumit număr de caracteristici foarte primitive, atât din punct de vedere biologic, cât și din punct de vedere psihologic. În consecință, încă de la *Interpretarea viselor*, somnul a fost unul dintre cazurile de regresie cel mai adesea citat și s-a susținut adesea că somnul, în particular somnul profund fără vise, ar putea fi considerat la individul normal ca fiind una dintre stările cele mai apropiate de starea ipotetică de narcisism primar, celălalt exemplu fiind starea fetală prenatală. Freud, Ferenczi și mulți alții au constatat că aceste două stări prezintă atât de multe trăsături similare, încât luate împreună ele constituie un argument decisiv.

Dacă nimeni nu poate contesta natura regresivă a somnului, ne putem întreba care este punctul de fixație de care încearcă să se apropie cel care doarme? Narcisismul primar constituie unul dintre răspunsuri, dar este acesta singura posibilitate? La această afirmație voi cita primul paragraf dintr-un capitol extras dintr-o lucrare foarte interesantă și atrăgătoare, însă, din păcate, neglijată și aproape uitată, intitulat „Coitus și somn”: „Făcând aluzie adesea și cu insistență la asemănarea profundă care există între tendințele care se realizează în coit și respectiv în somn, să examinăm mai îndeaproape analogiile și diferențele dintre aceste două fenomene de adaptare biologică atât de importante“. În articolul meu *Stadii ale dezvoltării simțului realității*²⁴, am descris primul somn al nou-născutului — la care contribuie izolarea plină de grijă, înfășurarea caldă de către mamă sau doică — ca fiind o reproducere a existenței intrauterine. Copilul, plângând, agitat, înspăimântat de experiența traumatică a nașterii, se calmează rapid într-o stare de somn care îi dă sentimentul — într-o manieră reală pe de o parte și, pe de altă parte, halucinatorie, adică iluzorie — că acest

traumatism grav nu s-a întâmplat niciodată. Freud (*Introducere în psihanaliză*) a spus, într-adevăr, că „ființa umană nu se naște niciodată în adevăratul sens al cuvântului, ci că își petrece aproape jumătate din viața sa în pântecul matern, atunci când merge să doarmă“. (Ferenczi, 1924, p. 73.)

În mod aparent, pentru a avea orgasm în timpul coitului și a adormi pare necesar să se stabilească o stare de armonie sau, în orice caz, de pace între individ și mediul său.

Una dintre condițiile necesare pentru instalarea acestei stări de pace este aceea ca mediul să accepte rolul care constă în protejarea individului de orice perturbare exterioară și să nu îi provoace nicio excitație inutilă sau dificilă. Un fenomen clinic aflat în acord cu această idee este că unul dintre primele simptome ale insatisfacției sexuale este insomnia. În consecință, punctul de care tinde să se apropie cel care doarme în regresia sa pare să fie, probabil, nu narcisismul primar, ci un fel de stare primitivă de pace cu mediul său, în care — pentru a folosi o expresie modernă — mediul „susține“ individul.

Din literatura foarte bogată asupra somnului voi cita încă un autor, Mark Kanzer (1955, p. 261), ale cărui observații sunt relevante pentru tema de care ne ocupăm. După el: „A adormi nu este doar o simplă regresie narcisică (...) cel care doarme nu este cu adevărat singur, el «doarme cu» obiectul său bun introiectat. Acest fapt este evidențiat de obișnuințele celui care doarme — nevoia fizică a copilului de părinții săi, a adultului de partenerul său sexual, a nevroticilor de lumină, jucăriile și ritualurile — care sunt condițiile preliminare ale somnului“. Kanzer enumeră și alte măsuri de introiecție care există la adulți: a mânca, a bea, a lua medicamente sau a face baie; la copii: a vrea să fie hrăniți, legănați sau să li se cânte cântece de leagăn. Ecranul visului, al lui Bertram Lewin, este desigur identificat cu partenerul celui care doarme.

Kanzer concluzionează: „Visul nu este un fenomen al narcisismului primar, ci al narcisismului secundar, cel puțin după prima copilărie, și persoana care doarme împărtășește somnul său cu un obiect introiectat“ (p. 265).

Astfel, somnul care la început părea să producă această impresie a devenit un argument nesigur în favoarea existenței narcisismului primar. Cu siguranță, individul se retrage din lumea obiectelor atunci când încearcă să adoarmă și, după toate aparențele, el este singur. O examinare mai atentă a acestei retrageri și a acestei solitudini, care au fost interpretate la început ca narcisism, a scos la iveală că adevăratul obiectiv al celui care doarme era să scape de tensiunile inerente relațiilor sale obișnuite și să regăsească o relație mult mai primitivă, mult mai satisfăcătoare cu obiectele ale căror interese au fost identice cu ale sale. Exemple de astfel de obiecte sunt: paturile confortabile, pernele, casele, camerele, cărțile, florile, jucăriile și obiectele tranziționale (Winnicott, 1951) etc. Ele sunt, evident, reprezentări sau simboluri ale obiectelor interne care, la rândul lor, derivă din contactele timpurii cu mediul, hrana satisfăcătoare, înfășatul cald și blând, „susținerea“ sigură sau îmbrățișările, legănatul și cântecele de leagăn ale mamei etc. Observațiile menționate arată că regresia celui care doarme este în această lume, și nu în cea a narcisismului primar, în care nu există nicio relație cu mediul.

²⁷ Freud, S., *Opere* 3, p. 37.

²⁸ Ibid., p. 41.

²⁹ Ibid., p. 46.

³⁰ Ibid., p. 46.

³¹ Freud, S., *Opere* 6, p. 46.

³² Vezi *Eul și Se-ul*, capitolul III.

³³Freud, S., *Opere* 3, p. 42.

³⁴*Stages of Development of the Reality Sense. (N. t.)*

CAPITOLUL 10

Schizofrenie, adicție și alte stări narcisice

Observația clinică penultimă folosită de Freud pentru a justifica introducerea narcisismului este regresia schizofrenică. Toată lumea este de acord cu faptul că schizofrenicii își retrag interesul de la lumea externă — în orice caz, aceasta este impresia pe care o lasă. Am arătat deja că Freud, atunci când a abordat dinamica regresiiilor schizofrenice, și-a început în mod invariabil raționamentul în maniera următoare: „Libidoul — eliberat de frustrare — nu rămâne, în fantasmă, la obiecte, ci se retrage în Eu”³⁵. Freud a repetat această formulă de fiecare dată când a abordat problema schizofreniei. Totuși, doar la câțiva ani după publicarea articolului său asupra narcisismului, o altă formulă și-a făcut apariția și a fost evocată mai des, deși nu a fost menționată împreună cu cea precedentă. În *Introducere în psihanaliză*, Freud examinează punctele de fixație la care regresează diferite nevroze, apoi afirmă că, în schizofrenie, este „probabil... stadiul narcisismului primitiv, la care se întoarce *Dementia praecox* în faza ei finală”³⁶. Aceasta este o aserțiune teoretică; în plus, ea suferă de toate contradicțiile inerente din teoria narcisismului primar. Care sunt observațiile clinice?

Dacă opiniile sunt divergente cu privire la posibilitatea de a vindeca definitiv schizofrenicii cu ajutorul psihanalizei, există un consens general că ei sunt departe de a fi inabordabili cu ajutorul acesteia. Pe de altă parte, tehnica analitică normală, adică tehnica generic folosită, a trebuit să fie modificată considerabil pentru a putea fi aplicată în tratarea acestor pacienți. Transpusă în plan teoretic, această experiență clinică în mod corespunzător testată înseamnă că (a) impresia de

retragere din lumea exterioară lăsată de schizofrenici nu este decât parțial exactă; ei se retrag din lumea relațiilor normale — adică de triangulare, oedipiene —, însă (b) sunt capabili de un alt mod de relație, care este scopul tuturor modificărilor pe care tehnica încearcă să-l dovedească.

Îmi este imposibil să trec aici în revistă literatura foarte bogată care tratează acest subiect. Este suficient să spunem că acest mod de relație — sau această tehnică — necesită mult mai mult din partea analistului decât tehnica standard. Aceasta *nu* înseamnă că analistul trebuie să satisfacă imediat și necondiționat toate nevoile pacientului, ci că el trebuie să fie capabil să înțeleagă pacientul și să lucreze „în armonie“, „în acord“ cu el.

Acest fapt este valabil pentru toți pacienții regresați, nu doar pentru schizofrenici. Toți par să fie foarte sensibili la modificările de dispoziție ale analistului și, cu cât regresia pacientului este mai profundă, cu atât această sensibilitate crește; ceea ce un pacient normal sau nevrotic nici nu ar remarca adesea afectează sau, mai exact, tulbură profund un pacient în stare de regresie. Pentru a evita această tulburare, analistul trebuie să fie „acordat“ cu pacientul său. În măsura în care poate obține aceasta, travaliul analitic poate progresa într-un ritm constant, în maniera unei creșteri regulate; însă, dacă el nu reușește să rămână „în acord“, pacientul riscă să reacționeze prin angoasă, prin simptome agresive foarte zgomotoase sau prin disperare.

Această armonie sau acest acord trebuie să cuprindă toată viața pacientului în stare de regresie, și nu doar relația sa cu analistul. Este în natura situației analitice ca această armonie să nu poată fi menținută aici decât pe durata unor perioade scurte; de la un moment la altul, analistul trebuie să se detașeze de pacientul său, pentru a revedea situația în mod „obiectiv“ și, poate, chiar

pentru a oferi o interpretare bine gândită. În general, acești pacienți nu sunt capabili să suporte relația cu un obiect extern real decât pentru perioade scurte; în consecință, aceste perioade trebuie să fie rezervate travaliului analitic. Dacă mediul, adică viața cotidiană, impune prea multe exigențe pacientului, o mare parte a libidoului său disponibil va fi deturnată și nu îi va rămâne suficient pentru analiză. De unde apariția cererilor, câteodată exorbitante, din partea analiștilor care au un astfel de bolnav în tratament ca anturajul să se „adapteze” total la bolnav, să-l „susțină” pentru ca el să-și poată concentra tot libidoul disponibil asupra unei relații mai bine definite — terapeutică — cu analistul său.

Atunci când am devenit conștienți de importanța acestei condiții, înțelegem de ce atâtea relatări ale tratamentelor schizofrenicilor se încheie cu pasaje melancolice precum acestea: „Aici tratamentul a trebuit să fie încheiat din cauza circumstanțelor exterioare” sau „Din nefericire, intervenția familiei a provocat întreruperea tratamentului” și așa mai departe.

Noțiunea de „mamă schizofrenogenă” reprezintă unul dintre aspectele teoretice ale acestei stări de armonie; este vorba despre o mamă care nu a fost capabilă să fie în armonie cu copilul său. Un clinician avizat și cu o bogată experiență (Hill, 1955, pp. 108–109) scrie: „Iubirea acestor mame pentru copiii lor care devin schizofrenici nu este doar excesivă, ci, de asemenea, condiționată. Această condiție a iubirii lor este de un asemenea fel, încât copilul schizofrenic nu o poate îndeplini... Aceste mame nu au văzut decât carcasa exterioară, normală a copiilor lor și au rămas inaccesibile oricărei percepții asupra a ceea ce s-ar putea petrece în interiorul lor”. Într-o carte a lui Stanton și Schwarz (1954) găsim o descriere clinică foarte interesantă a rolului important jucat de acest mediu armonios în tratamentul

schizofrenicilor; aici este demonstrat într-o manieră foarte convingătoare că orice lipsă a armoniei în mediu, adică în sânul unei echipe care îngrijește un pacient, conduce la o deteriorare a stării acestuia.

Astfel, devine evident că observația clinică dovedită a retragerii schizofrenice nu poate fi folosită ca dovadă a existenței unei stări narcisice primare. De fapt, ar fi mai corect să spunem că schizofrenicul are o relație mult mai strânsă cu mediul său, că este mult mai dependent de acesta decât subiectul așa-zis „normal” sau „nevrotic”. Este adevărat că o observație superficială a comportamentului său nu va evidenția această legătură strânsă, nici această dependență disperată; dimpotrivă, ea va oferi impresia unei retrageri și a unei absențe a oricărui contact. În acest sens, regresia schizofrenică ar putea fi o replică a fazei infantile sau fetale în care sunt regăsite aceleași condiții: o aparență exterioară de independență narcisică, de ignorare a lumii exterioare, de contacte fugitive și aparent superficiale cu obiecte parțiale, fenomene care au fost puse în evidență de lucrările moderne, în special de cele ale lui Spitz (1946) asupra efectelor frustrării precocă care ascund cu dificultate o dependență disperată și o foarte mare nevoie de „armonie”. Acest subiect va fi reluat în capitolul următor, precum și în părțile a III-a și a V-a.

După ce am examinat contradicțiile curioase prezentate de atitudinea schizofrenicilor față de mediul lor, putem adăuga că este vorba doar despre o exagerare a atitudinii în mod general observate la persoanele numite narcisice. Deși interesul lor este centrat asupra Eului — sau asupra Sinelui, pentru a folosi termenul lui Hartmann — și deși aparent ele au puțină iubire de oferit altora, nu sunt în nicio privință sigure sau independente, de asemenea, nu pot fi descrise ca fiind stabile, autonome sau pe cont propriu. În

general, ele sunt foarte sensibile la orice slăbiciune a mediului lor în ceea ce privește maniera în care se așteaptă să fie tratate; ele se simt cu ușurință rănite și ofensate, iar aceste ofense le rămân mult timp în suflet. În plus, în viața reală aceste persoane narcisice sunt rareori capabile să trăiască singure. În general, ele trăiesc cu dublul lor, pe modelul cuplurilor celebre precum Faust și Mefisto, Don Quijote și Sancho Panza, Don Juan și Leporello etc. În toate aceste exemple — așa cum a fost subliniat în literatura analitică de către numeroși autori de la Otto Rank (1924) până la Helene Deutsch (1937) — doar partenerul plictisitor și nenarcisic, acela care este capabil de iubirea de obiect, este cu adevărat independent și poate face față întâmplărilor din viața cotidiană: el este cel ale cărui ajutor și servicii sunt indispensabile pentru a evita ca eroul narcisic, strălucitor și aparent independent să nu sfârșească în mizerie. În viața reală, partenerul tern este adesea propria mamă a eroului narcisic.

Ajungem astfel la concluzia că un bărbat sau o femeie autentic narcisici nu sunt de fapt așa decât în aparență. Ei sunt în mod disperat dependenți de mediul lor, iar narcisismul lor poate fi protejat cu condiția ca mediul să consimtă sau să fie constrâns să se ocupe de ei. Aceasta este adevărat, în general, pentru cel mai mare dictator, ca și pentru cel mai umil catatonic.

O ocazie bună pentru observarea schimbărilor de la o relație de obiect adultă la narcisism și apoi de la narcisism la acest mod primitiv de relație și, în fine, procesul invers este oferită de analiza alcoolicilor și, în particular, a băutorilor ocazionali. Relațiile lor de obiect, deși de obicei suficient de intense, sunt fragile și instabile. În consecință, acești indivizi își pierd ușor echilibrul; cauza cea mai obișnuită pentru acest fapt este un conflict de interese între ei înșiși și unul dintre principalele obiecte ale iubirii lor. Adesea, acest

conflict este atât de copleșitor, încât ei se simt incapabili să remedieze situația; ei își retrag atunci practic întregul lor libido obiectual; nicio persoană nu mai contează în afară de narcisismul lor; pe de o parte, au impresia că sunt în centrul atenției atât amicale, cât și ostile, pe de altă parte, ei se simt total mizerabil și abandonați.

De obicei, într-o astfel de stare încep să bea — deși și alte cauze ar putea precipita lucrurile. Dar oricare ar fi cauza, primul efect al intoxicației este, invariabil, crearea unui sentiment că totul este acum bine între ei și mediul lor. Conform experienței mele, aspirația la acest sentiment de „armonie“ este cauza principală a alcoolismului și, în orice caz, a tuturor formelor de adicție. Diferite procese secundare intervin în acest punct și amenință starea de „armonie“ a alcoolicului care, în disperarea sa, bea din ce în ce mai mult pentru a menține această armonie sau, cel puțin, pentru a salva câte ceva.

Starea de armonie care înconjoară băutorul intoxicat prezintă o caracteristică extrem de importantă: în acest univers nu există nici persoane, nici obiecte de iubire sau de ură și, în special, nici persoane, nici obiecte solicitante. Armonia poate fi menținută doar în măsura în care băutorul este capabil să se debaraseze de orice persoană și de orice lucru care ar putea să-i ceară ceva; mulți băutori ocazionali fie se închid în ei și se izolează ca să bea, fie scapă din universul lor familiar de obiecte și de persoane și caută un mediu cu totul străin care nu poate deci să le ceară nimic și mai ales o investiție libidinală durabilă. (O punere în scenă impresionantă a acestor două universuri — universul normal, cu investițiile sale libidinale durabile și cel al intoxicației care implică doar investiții trecătoare — a fost realizată de Chaplin în filmul său *Luminile orașului*.) Oamenii în această lume nouă pot fi tolerați doar atât timp cât sunt simpatici și prietenoși; cel mai

mic reproș, cel mai mic conflict de interese declanșează la băutor reacții violente care se explică prin nevoia sa disperată de a menține armonia cu lumea creată de alcool.

Există un alt grup de observații clinice care sunt pertinente pentru problema noastră. Este vorba despre atmosfera analitică aparent necesară tratamentului anumitor pacienți dificili. Dificultatea poate fi provocată de regresia pacientului, narcisismul său sever, de natura bolii sale sau de structura sa caracterială; literatura analitică descrie, în general, acești subiecți prin adjective precum „profund tulburat“. La acest tip de pacienți am recunoscut pentru prima dată existența relațiilor primitive cu mediul. Cu toate acestea, ar fi ușor de găsit argumente contrarii, conform cărora, deși descrierile mele corespundeau anumitor fenomene din timpul tratamentului, acestea erau cauzate nu atât de pacient, cât mai degrabă de tehnica mea. Pentru a nu da apă la moară criticilor, voi cita descrierile unei analiste a cărei tehnică clasică este dincolo de orice suspiciune; aceasta este Phyllis Greenacre (1953, p. 48). Ea scrie: „Voi indica aici în ce manieră, după părerea mea, este convenabil să ne ocupăm de acest narcisism excesiv și de această angoasă în timpul analizei; modalitățile care trebuie folosite de fapt pentru ca o analiză „normală“, care să se ocupe în primul rând de tulburările dezvoltării libidinale, să poată continua. Cu siguranță, narcisismul excesiv care există în aceste cazuri reprezintă o problemă teribilă și permanentă pentru analist. Însă, tind să cred că narcisismul poate fi suficient educat dacă acționăm cu prudență, pentru a-i permite pacientului să suporte suferința cauzată de analiză, cu condiția să urmărească cu atenție angoasa acută care este piatra unghiulară a acestei structuri caracteriale fragile“. Dacă acest pasaj este comparat cu expunerea mea cu privire la nevoile unui pacient

schizofren în stare de regresie, va deveni evident că vorbim amândoi despre aceeași experiență clinică.

Cu privire la pacienții care ajung în analiză într-o stare de panică, Greenacre spune: „În aceste stadii timpurii este foarte important să obținem cooperarea înțelegătoare a persoanelor din anturajul pacientului în timpul celorlalte 23 de ore ale zilei pe care le petrece în afara ședinței, fie că se află la spital sau acasă; o parte importantă a beneficiului ședinței riscă să fie pierdută din cauza prietenilor sau a părinților ostili, solicitanți sau prea invazivi“ (op. cit., pp. 54–55.) Desigur, nu aș fi putut să o spun mai bine.

Puțin mai departe (op. cit., pp. 57–60), Greenacre pare să stabilească o paralelă între ceea ce ea numește „educarea narcisismului“ și întărirea Eului. Nu am nimic de obiectat împotriva acestei descrieri, însă țin să subliniez că metoda recomandată de Greenacre prescrie analistului să fie, mai întâi, pe cât posibil „acordat“ cu pacientul său pentru a încerca apoi, progresiv și cu prudență, să devină un obiect normal, adică un obiect care poate face cereri. Firește, a fi „acordat“ nu înseamnă în mod necesar că de acum înainte analistul trebuie să satisfacă automat toate speranțele, dorințele și nevoile pacientului, însă aceasta înseamnă că analistul trebuie să încerce în mod onest să facă toate eforturile pentru ca relația cu pacientul său să se apropie, în măsura posibilului, de ceea ce eu numesc un „amestec armonios“, noțiune studiată detaliat în capitolul 12.

Vreau să adaug aici un lucru important. Descrierea fenomenelor clinice observabile făcută de Greenacre, la fel ca recomandările sale terapeutice, poate fi folositoare ca atare, adică fără nicio modificare, ca ilustrări ale fenomenelor aparținând ariei deficienței fundamentale descrise în partea I. Regăsim aici relația exclusivă între

două persoane, necesitatea imperioasă ca unul dintre parteneri — analistul — să fie constant „în acord“ cu celălalt — pacientul, absența conflictului, importanța relativă a formelor obișnuite de interpretare etc.

Mă aștept ca studiul tabloului clinic al tulburărilor narcisice, al metapsihologiei lor și, mai ales, tratamentul lor să facă progrese considerabile dacă va fi abordat în lumina teoriei defectului fundamental. Intenționez să realizez aceasta în părțile a III-a și a V-a ale acestei cărți.

Vedem clar importanța pe care ar putea-o avea această nouă abordare într-un articol recent, de altminteri excelent, al lui J.G. Joffe și Joseph Sandler (1965), „Tulburările narcisismului“, care ignoră toate criticile formulate la adresa narcisismului primar. Principala preocupare a acestor autori este să arate că pentru înțelegerea narcisismului și a tulburărilor sale, pe lângă gratificarea (în germană *Befriedigung*, literal „pacificarea“) pulsionilor, trebuie să luăm în considerare „devierile de la o stare ideală de bine... cu aspectele sale afective și ideative“.

Această „stare ideală de bine“ este, așa cum vom vedea în capitolul 12, scopul ultim al iubirii primare, de fapt al întregului efort uman și orice tulburare gravă apărută în timpul fazelor ei timpurii antrenează apariția unei deficiențe fundamentale specifice. Omitând examinarea structurii dinamice a acestei „stări ideale de bine“, autorii nu au reușit să recunoască faptul că este vorba despre o relație de obiect și din această cauză, pot să o asimileze, fără altă dovadă, narcisismului primar. De altfel, deși nu o spun explicit, discuția lor tratează doar fenomene care aparțin domeniului narcisismului secundar; este suficient deci să spun că, practic, sunt de acord cu toate concluziile lor.

Principala descoperire pe care am făcut-o în acest capitol este aceea că schizofrenii — contrar

ipotezelor teoretice — sunt capabili chiar și în stările cele mai profunde de regresie, să reacționeze la mediul lor și sunt, prin urmare, accesibili tratamentului psihanalitic. Totuși, răspunsul lor este fragil și precar, dată fiind nevoia lor imperioasă de o relație „armonioasă“. Aceasta sugerează faptul că retragerea lor narcisică este secundară, consecutivă unei frustrări. Celelalte stări evocate pe scurt în acest capitol — alcoolicii și pacienții „profund tulburați“ sau „narcisici“ — prezintă același tablou; peste tot se observă aceeași nevoie primitivă de armonie, aceeași frustrare rezultând din exigențele cu privire la partener în general, la analist în special și aceeași retragere în narcisismul secundar.

³⁵ Freud S., *Opere* 3, p. 45.

³⁶ Freud S., *Opere esențiale* 1, p. 468.

Stări prenatale și postnatale timpurii

După ce am examinat fenomenele clinice folosite de Freud pentru a sprijini introducerea narcisismului, am ajuns la concluzia că, lăsând deoparte două dintre ele, toate celelalte erau cazuri clare de narcisism secundar. Am găsit doar două fenomene care nu puteau să fie explicate pe singura bază a narcisismului secundar: stările de regresie din schizofrenie și somnul profund fără vise; chiar și în aceste două cazuri s-a evidențiat faptul că narcisismul primar nu constituia în mod necesar punctul de fixație vizat de regresie, că putea, de asemenea, să fie vorba despre o formă de relație foarte primitivă sau despre un mediu probabil nediferențiat care era puternic investit.

Totuși, trebuie să nu uităm că această dificultate a fost prevăzută foarte clar de Freud clinicianul, care a declarat încă din 1914: „Narcisismul primar al copilului, presupus de noi, narcisism ce conține una dintre ipotezele teoriei noastre despre libido, este mai puțin lesne de înțeles prin observație directă decât de confirmat prin raționament pornind dintr-un alt punct”³⁷. Există aici o imagine convingătoare a stării de spirit a lui Freud: teoreticianul este optimist și înaintea cu construcțiile sale, în timp ce clinicianul este cel puțin prudent, chiar sceptic.

În plus, Freud vorbește în acest pasaj despre *narcisismul primar al copiilor*, astfel că teoria psihanalitică prevalentă astăzi ne obligă să luăm în considerare *narcisismul primar al stării prenatale*. Această tendință de a ne întoarce la o dată anterioară este suficient de generală în teoria analitică: dacă o presupunere se dovedește a fi incompatibilă cu observația clinică, în loc să o respingem ca fiind de nesusținut sau să o

reexaminăm, o trimitem către o perioadă anterioară, considerând-o proprie unor stadii de dezvoltare mai timpurii, atât de timpurii încât scapă oricărei observații clinice.

Pentru a simplifica lucrurile, voi vorbi în special despre ideile lui Phyllis Greenacre cu privire la acest subiect. Alegerea mea este justificată în măsura în care Greenacre este o autoritate în acest domeniu și s-a aplecat îndelung asupra acestui subiect în lucrarea sa *Traumatism, creștere și personalitate*³⁸. (1953).

Deși ea nu se află la originea tuturor ideilor care vor fi discutate în acest capitol, voi recurge la vocabularul ei de fiecare dată când va fi posibil. Pentru mai multă comoditate, voi regrupa studiul acestor idei în trei rubrici: (1) ideile referitoare la viața fetală propriu-zisă, (2) cele care privesc modificările provocate de naștere și (3) cele care se raportează la cea mai timpurie fază a vieții extrauterine.

Greenacre declară categoric: „Dintr-un punct de vedere biologic, narcisismul se poate defini ca fiind componenta libidinală a creșterii (op. cit., p. 20). Apoi, ea afirmă, urmându-l pe Freud: „Narcisismul este inerent vieții... libidoul narcisic se găsește de fapt peste tot unde există o scânteie de viață“ sau, mai specific, „la fetus, narcisismul este redus la cea mai simplă exprimare a sa, fiind aproape sau chiar în întregime lipsit de conținut psihic“ (op. cit., p. 45).

Problema mea aici este aceea că afirmațiile lui Greenacre sunt întru totul plauzibile și coerente, rămân doar prezumții pe care observația nu le poate nici confirma, nici infirma. Ea crede — ca mulți alți analiști — că afirmațiile de acest fel sunt extrapolări justificate de diferite observații clinice și biologice; cu toate acestea, ea ar admite, fără îndoială, că în ceea ce privește distribuția libidoului în viața intrauterină, componenta libidinală a creșterii sau narcisismul în întregime

lipsit aici de conținut psihic, nu dispunem de niciun fapt precis, doar de opinii și idei vagi. Știu că nu este foarte corect față de un autor să izolăm anumite fraze de contextul lor, însă susțin că este incorect față de cititor să se folosească formule de acest fel fără a specifica în mod clar că ele nu au pretenția să descrie constatări clinice și nu reprezintă decât simple speculații.

În cartea sa, Greenacre oferă o remarcabilă descriere asupra imageriei pe care oamenii o folosesc pentru exprimarea sentimentelor sau eventual a „amintirilor” referitoare la naștere, care poate fi simțită, de exemplu: ca o punte conducând de la un mod de existență la altul, ca o „discontinuitate”, „un hiat”, „un fel de sincopă semănând mult cu moartea” și tot așa (ibid., pp. 20–21).

Greenacre concluzionează apoi că experiența nașterii conține probabil toată această imagerie de factori supradeterminanți, însă, probabil, caracteristica sa fundamentală este schimbarea accelerată, obținută cu succes de la un mod de viață la altul. Ea scrie: „Pot doar să mă gândesc că perturbarea care intervine, în momentul nașterii, în economia brută a libidoului narcisic fetal este chiar aceasta: o oarecare trecere de la starea de dependență aproape completă a vieții intrauterine către primele începuturi de individuație sau, cel puțin, de la cvasidependență către exteriorul corpului mamei, în locul dependenței complete din interior” (op. cit., p. 45).

Ea repetă declarația lui Freud că experiențele trăite în timpul nașterii par să organizeze prototipul angoasei la individ, apoi, ea adaugă: „În timp ce stabilirea unui tipar al angoasei este o apărare împotriva pericolului, organizarea narcisismului constituie un instrument de atac pozitiv, o pulsione agresivă energetică” (op. cit., p. 19).

Toate aceste descrieri pot fi interpretate — cu o oarecare dificultate — ca indicii posibile ale unei stări de narcisism primar și Greenacre le-a folosit în această manieră. Totuși, după părerea mea, ele pot fi interpretate — fără să forțăm lucrurile — mai degrabă ca argumente solide în favoarea ipotezei unei interacțiuni timpurii și intense între fetusul-sugar și mediul său. Nașterea reprezintă întreruperea bruscă a unei relații până atunci satisfăcătoare cu un mediu în care, pe bună dreptate, nu figurează încă niciun obiect și care este ca un fel de „ocean“ nestructurat. Va trebui să reluăm imediat aceste considerații.

Pentru a reveni la cartea lui Greenacre va trebui să omit numeroasele observații clinice interesante referitoare la legătura existentă între traumatismul — real sau presupus — al nașterii și simptomatologia care se dezvoltă în cursul vieții adulte, ca și cum aceasta ar fi în afara domeniului meu. Pe de altă parte, aș dori să subliniez că toate observațiile clinice citate de Greenacre în legătură cu efectele evenimentelor postnatale ar putea sta mărturie în favoarea naturii secundare a narcisismului, în calitate de fenomen consecutiv frustrării impuse de mediu. Pentru a demonstra aceasta, voi cita un pasaj extras din articolul său „Tiparul pregenital³⁹⁶“ (1952): „Întorcându-ne la problema creșterii narcisismului primar consecutiv excitațiilor prea intense, precoce și repetate, inoculate nou-născutului, această creștere implică, așa cum am semnalat, o tendință mai intensă și mai persistentă a identificării primare, cât și o alterare a simțului realității în vederea dezvoltării legate de creșterea sensibilității corporale și de percepția excitațiilor“ (p. 414).

Prima copilărie este adesea descrisă ca o stare nediferențiată în care nu există încă nicio limită între individ și mediu — o idee plauzibilă, care va fi studiată mai departe în capitolul 12. O alternativă — sau o paralelă — la această idee

constă în a considera că prima copilărie este stadiul narcisismului primar și al identificării primare, ultimul fiind adesea definit ca aspectul funcțional al narcisismului primar.

Aș vrea să subliniez că — în măsura în care termenul de „identificare” își păstrează sensul său obișnuit — există o contradicție de ordin logic în a admite coexistența acestor două stări. Așa cum am afirmat anterior, Freud era perfect conștient de această contradicție și a discutat-o în capitolul 3 din *Eul și Se-ul*. Orice identificare — în sensul obișnuit al termenului — implică o modificare a Eului sub influența unui obiect extern sau a unei părți din mediu, care a fost deja puternic investită. Chiar și prima identificare se face cu ceva exterior subiectului, și pentru ca ea să poată realiza o modificare a Eului în conformitate cu un model exterior trebuie ca acest model să conteze mult pentru subiect. Astfel, ideea mea este că aici nu poate fi vreo identificare *primară*. Toate identificările trebuie să fie *prin definiție* secundare investirii unui obiect sau mediului. Prin urmare, narcisismul primar și identificarea primară nu pot exista simultan — admitând că ele există.

Un alt argument adesea invocat în favoarea narcisismului primar constă în a spune că nou-născutul, în primele zile ale vieții sale, nu poate fi conștient de lumea exterioară. Cum pentru el nu există lumea exterioară de investit, trebuie să ni-l reprezentăm ca trăind în narcisismul primar. Atunci când acest argument apare în contradicție cu faptele observate, adesea este atenuat; fie copilul satisfăcut adormea și se „îndepărta” de orice influență exterioară, fie, dacă era treaz, trebuie să presupunem — așa cum o face de exemplu Willi Hoffer (1959) — „că mediul-mamă a venit în ajutorul narcisismului primar al copilului și deci aici nu există încă Eu, nici noțiunea de pericol, de angoasă sau de apărare...” (p. 8). Astfel, „acest ceva de care el are nevoie este o

susținere pentru a menține starea de narcisism primar, un echivalent al calităților de susținere ale mamei prenatale“ (p. 9).

În același articol, Hoffer sugerează că teoriile lui Freud referitoare la stadiile precoce ar fi fost, probabil, influențate de maniera în care se îngrijeau nou-născuții în acea vreme, în special în ceea ce privește înfășatul. Scutecel, după Hoffer, „au rolul unui înveliș narcisic pentru Eul în dezvoltare“ (p. 10), adică nou-născuții sunt protejați de excitațiile externe și aceasta ar putea avea drept consecință o întârziere în relațiile lor obiectuale. „Odată cu îndepărtarea scutecelor, narcisismul primar al nou-născutului a fost pus în pericol de asemenea: nu în realitate, desigur, ci doar în ochii observatorului care a început să vadă relația de obiect acoperind narcisismul primar.“ Și el adaugă: „Mă întreb... dacă nu cumva revendicăm ca pe un progres al științei psihanalitice ceea ce, în realitate, nu este, de fapt, decât o adaptare a teoriilor noastre la condițiile (modalitatea obișnuită de îngrijire a nou-născuților) care predomină în prezent“ (p. 11).

Toate aceste argumente pot fi cu greu mai mult decât declarații de principiu. Mai întâi, este afirmată existența unei stări de narcisism primar, și pentru a păstra această afirmație neatinsă este menționat, de asemenea, că (a) mediul-mamă trebuie să „susțină“ copilul pentru a proteja starea de narcisism primar, (b) copilul nu trebuie să sesizeze vreo schimbare în această „susținere“ și (c) orice *relație observată* cu mediul și orice *răspuns observat* ca reacție la o modificare a „susținerii“ (de exemplu absența înfășatului) trebuie să fie respinse ca fiind false — altfel, întreg edificiul teoretic riscă să se prăbușească.

Cred că ar fi mult mai simplu să acceptăm că relația cu mediul există sub o formă primitivă încă de la început, iar copilul poate lua la cunoștință și poate răspunde la orice schimbare importantă în

acesta. Totuși, aceasta ar însemna, pentru a relua argumentul lui Hoffer, că teoria narcisismului primar s-a constituit, în principal, pe observații asupra nou-născuților care au fost tratați cu indiferență, de exemplu înfășați cu rigiditate, îngrijiți conform unei rutine stereotipe și, prin urmare, au fost obligați să-și dezvolte narcisismul secundar într-o fază mult prea timpurie, în special ca răspuns la relația perturbată cu mediul lor.

³⁷ Freud, S., *Opere* 3, p. 49.

³⁸ *Trauma, Growth and Personality*. (N. t.)

³⁹ *Pre-genital Patterning*. (N. t.)

CAPITOLUL 12

Iubirea primară

Ipoteza narcisismului primar — deși oferă o teorie clară, îngrijită și logică — ne-a antrenat în contradicții și incertitudini insolubile. În demersurile noastre teoretice, putem arăta cu ușurință sursa libidoului, adică Se-ul, dar s-a dovedit imposibil să definim dintr-un punct de vedere topic „marele rezervor al libidoului” sau punctul de ancorare al narcisismului primar. Freud însuși a oferit diferite descrieri contradictorii și incompatibile, iar propunerile noi ale lui Hartmann, Kris și Loewenstein, pe de o parte, și ale lui James Strachey, pe de altă parte, în timp ce au rezolvat anumite probleme, au creat aici altele noi. A doua contradicție de nerezolvat privește localizarea în timp: relația de obiect primară, autoerotismul primar, narcisismul primar au fost, fiecare, descrise de Freud succesiv și într-o manieră la fel de categorică ca fiind formele cele mai timpurii, cele mai primitive ale relației individului cu mediul său.

În această situație dificilă, teoria analitică a recurs la un subterfugiu bine dovedit: antedatarea. În timp ce Freud vorbea despre „narcisismul primar al copiilor”, teoria modernă a considerat necesar să-i atribuie narcisismul primar fătului. În capitolul anterior am încercat să arăt că prin această încercare se obține o „teorie-valiză”; găsim aici doar ceea ce am pus în ea.

În cei 50 de ani care au urmat introducerii conceptului psihanalitic de narcisism, nicio observație clinică nouă nu a venit să sprijine existența sau caracterul plauzibil al narcisismului primar, ceea ce denotă un fapt istoric foarte semnificativ. În timp ce literatura referitoare la narcisismul primar este deficitară și, pur și simplu, doar repetă diferite afirmații și sugestii ale lui

Freud, literatura consacrată narcisismului secundar este foarte abundentă și este bazată pe excelente observații clinice.

O teorie bună trebuie să aibă cel puțin câteva dintre calitățile următoare: (1) ea trebuie să fie eliberată de contradicțiile interne; am văzut că, în ceea ce privește acest fapt, teoria narcisismului primar a fost viciată de la început și s-au făcut numeroase încercări pentru a-i remedia defecțiunile. (2) Ea trebuie să prezinte o structură estetică, structură care permite integrarea observațiilor izolate într-o astfel de manieră, încât să putem avea o înțelegere mai bună și mai profundă asupra fiecăreia dintre ele; teoria narcisismului s-a pretins a fi astfel, însă fără succes, după cum am văzut în capitolele precedente. (3) O teorie ar trebui să poată servi ca bază pentru predicții, concluzii sau deducții care ulterior ar putea să fie verificate sau respinse; după câte știu, teoria narcisismului primar nu a condus decât la speculații teoretice noi — unele dintre ele au fost discutate anterior — care fie au scăpat oricărei verificări, fie s-au dovedit inexacte și au trebuit să fie abandonate — este vorba despre imposibilitatea schizofrenicilor de a accesa tratamentul analitic.

Ce fel de alternativă să propunem? Propunerea mea are două părți. Mai întâi, voi susține teza că teoria narcisismului primar s-a dovedit sterilă și în contradicție cu ea însăși. Ea a creat mai multe probleme pe care n-a fost capabilă să le rezolve; mai mult de cincizeci de ani de reflecție și de observații critice nu au putut ajunge la esența contradicțiilor interne care îi sunt inerente. În consecință, nu văd niciun motiv să rămânem agățați de ea. A doua mea propunere este aceea că experiențele clinice ar trebui să fie folosite pentru a elabora o teorie nouă, care ar putea să o înlocuiască pe cea a narcisismului primar și care s-ar preta mai bine la verificare sau respingere prin

observație directă. Cei care cunosc lucrările mele înțeleg că eu am propus teoria unei relații primare cu mediul: pe scurt, iubirea primară.

Pentru a evita orice neînțelegere, țin să subliniez că numind teoria mea „iubire primară“, aceasta nu înseamnă că eu consider sadismul și ura ca având un rol nul sau neglijabil în viața umană. Însă, pe de altă parte, cred că aici este vorba despre fenomene secundare, consecințe ale unor inevitabile frustrări. Scopul oricărui efort uman este să stabilească — sau probabil să restabilească — o armonie globală cu mediul, să poată iubi. Deși sadismul și ura păreau incompatibile cu această dorință, agresivitatea — și poate chiar și violența — pot fi folositoare, chiar deveni surse de plăcere, în stadiile care premarg imediat armonia dorită, însă nu în cursul stării de armonie înseși. Acestea sunt motivele principale care m-au condus la denumirea teoriei mele „iubire primară“, *a fortiori fiat denominatio*.

Este adevărat că mi-au trebuit mulți ani de lucru clinic pentru a-i da acestei teorii forma sa actuală — primele mele eseuri datează din 1932 —, totuși, pentru a fi succint, o voi prezenta aici sub o formă într-o câțva apodictică, mai ales că ea a fost dezvoltată în varianta sa lungă în cartea mea *Thrills and Regressions* (1959).

Conform teoriei narcisismului primar, individul la naștere nu întreține relații cu mediul său decât foarte puțin sau deloc. Nu există încă decât un singur obiect în acest univers: Sinele, Eul sau Se-ul — după caz —, și întregul libido este concentrat într-unul dintre ele sau în toate trei. Pentru a începe cu datele biologice, știm că fetusul este foarte dependent de mediul său, fără îndoială cu mult mai mult decât nou-născutul sau adultul. În consecință, este esențial pentru binele său și pentru dezvoltarea normală ca acest mediu să fie în mod constant foarte apropiat de nevoile fetusului. Decalajele mari între nevoi și răspuns vor avea

repercusiuni grave, adică ar putea chiar să-i pună viața în pericol.

Dacă facem din această situație biologică un model pentru repartiția libidoului în cursul vieții fetale, ceea ce este o condiție psihologică, ajungem să formulăm ipoteza că investirea mediului de către fetus trebuie să fie foarte intensă — mai intensă decât investirea de către sugar sau de către adult. Totuși, acest mediu este probabil nediferențiat; pe de o parte, nu conține încă obiecte; pe de altă parte, aproape că nu are structură, în special nu în limitele stabilite raportat la subiect; mediul și individul se întrepătrund, ele coexistă într-un „amestec armonios“. Un exemplu important din acest *amestec armonios prin întrepătrundere* ne este oferit de peștele în mare (unul dintre simbolurile cele mai arhaice și cel mai larg răspândite). Este inutil să ne întrebăm dacă apa care este în branhiile peștelui face parte din apă sau din pește; aceasta este valabil și pentru fetus. Fetusul, lichidul amniotic și placenta constituie un amestec atât de complex, prin întrepătrundere, al fetusului și mediului-mamă, încât histologia și fiziologia lor fac parte din problematicile cele mai redutabile ale examenelor la medicină.

În fine, nu este de prisos să ne amintim că relația noastră cu aerul care ne înconjoară se realizează exact după același model. Noi folosim aerul, de fapt, noi nu putem trăi fără el; îl inspirăm pentru a extrage anumite părți din el și a le folosi; apoi, după ce am introdus substanțele de care vrem să ne debarasăm, îl expirăm — fără a acorda acestui fapt cea mai mică atenție. Într-adevăr, aerul trebuie să fie acolo, la dispoziția noastră, și, în măsura în care este în cantitate și de o calitate suficientă, nu-i acordăm nicio atenție. Un mediu de acest fel trebuie să fie pur și simplu prezent, și cât timp există — de exemplu pentru a avea suficient aer — vom considera existența sa ca fiind

de la sine înțeleasă, nu-l considerăm ca fiind un obiect, adică un lucru separat de noi; noi îl folosim și atât. Situația se schimbă radical dacă mediul este modificat — de exemplu, în cazul adultului, dacă există o perturbare în aprovizionarea cu aer —, mediul, aparent neinvestit, capătă atunci o importanță considerabilă, adică investirea sa latentă veritabilă devine aparentă.

La fel ca relația dintre pește și apă, relația noastră cu aerul nu are limite certe. Este inutil să ne întrebăm dacă aerul care este în plămânii noștri sau în intestinele noastre face sau nu parte din noi, sau care este limita exactă între noi înșine și aer; oricum ar fi, noi trăim cu aerul într-un amestec prin întrepătrundere, aproape armonios. Vom vorbi în părțile a III-a, a IV-a și a V-a despre importanța pe care o pot avea anumite stări care amintesc de acest mod de relație pentru tehnica analitică.

Conform teoriei mele, individul se naște într-o stare de relație intensă cu mediul său, atât pe plan biologic, cât și pe plan libidinal. Înainte de naștere, Sinele și mediul sunt armonios amestecate, ele se întrepătrund. Așa cum am spus, este un univers în care nu există încă obiecte, doar substanțe sau spații fără limite.

Nașterea este un traumatism care bulversează acest echilibru, modificând radical mediul care — sub presiunea unui pericol real de moarte — impune o formă nouă de adaptare. Este ceea ce declanșează sau, cel puțin, accelerează semnificativ separarea între individ și mediu. Obiectele, inclusiv Eul, încep să apară din amestecul de substanțe și din ruptura apărută în armonia spațiilor nelimitate. Obiectele au — spre deosebire de substanțele mai prietenoase — contururi precise și limite trasate, pe care va trebui să le recunoaștem și să le respectăm. Libidoul nu este încă un flux omogen care pleacă din Se către mediu; apariția obiectelor provoacă concentrări și atenuări în acest flux.

În toate cazurile în care relația, în curs de dezvoltare, cu o parte a mediului sau cu un obiect prezent este într-un contrast dureros cu armonia timpurie neperturbată, libidoul se poate retrage în Eul care începe sau își accelerează dezvoltarea — poate, ca o consecință a adaptării noi care îi este impusă — într-o încercare de a recuceri sentimentul anterior de „unitate“ care era cel al primelor stadii. Această parte a libidoului ar fi, indiscutabil, narcisică, însă secundară investirii primitive a mediului. Prin urmare, investiriile libidinale observate în prima copilărie ar fi de patru feluri: (a) rămășițe ale investirii primitive ale mediului transferate asupra obiectelor în procesul lor emergent, (b) alte rămășițe ale investirii primitive ale mediului retrase în Eu, jucând rolul de consolatori secundari în fața frustrărilor, altfel spus al investiriilor narcisice și autoerotice și (c) reinvestiri emanând din narcisismul secundar al Eului. Pe lângă aceste trei forme de investire relativ bine cunoscute, există o a patra, care rezultă din dezvoltarea structurilor ocnofile și filobate ale universului (Balint, 1959). În universul ocnofil, investirea primară, deși amestecată cu o mare cantitate de angoasă, pare să adere la obiectele pe care le apară; acestea din urmă sunt simțite ca fiind demne de încredere și asigurătoare, în timp ce spațiile care le separă sunt amenințătoare și înfricoșătoare. În universul filobat acestea sunt spații vide de obiecte care rețin investirea primară originară și sunt trăite ca fiind stabile și primitoare, în timp ce obiectele sunt simțite ca pericole perfide.

Reacția ocnofilă la emergența obiectelor este să se lipească de ele, să le introiecteze, căci fără ele se simte pierdut și nesigur; el alege aparent să își *suprainvestească relațiile cu obiectul*. Celălalt tip, filobat, își *suprainvestește funcțiile Eului* și dezvoltă, în această manieră, aptitudini pentru a fi capabil să se descurce singur cu nevoile sale, cu un

ajutor minim, sau chiar nul, din partea obiectelor sale. Ocnofilia și filobatismul sunt, probabil, cazuri particulare ale defectului fundamental și, fără îndoială, nu sunt singurele. Pe aceste baze se construiește, pe de o parte, complexul Oedip și poate, pe de altă parte, aria creației (de văzut capitolul 5). Aceasta din urmă poate determina ca prim pas o *retragere* regresivă *de la obiecte*, trăite ca fiind prea brutale și frustrante, către amestecul armonios al stărilor anterioare, retragere urmată de o *încercare de a crea ceva mai bun*, mai sincer, mai inteligibil, mai frumos și, pe deasupra, mai coerent și mai armonios decât s-au dovedit a fi obiectele reale. Din nefericire, această încercare nu este întotdeauna încununată de succes; adesea creația nu este mai bună — ci chiar mai rea — decât realitatea crudă.

La început, majoritatea obiectelor sunt probabil indiferente sau chiar frustrante, însă unele dintre ele apar ca fiind surse de satisfacere; pentru ca îngrijirile acordate copilului să nu fie nici insuficiente, nici indiferente, anumite părți din mediu pot conserva o parte a *investirii primare* originare, apoi ele devin ceea ce am numit *obiecte primare* și, de-a lungul vieții, relațiile cu aceste obiecte și cu derivatele lor vor fi întotdeauna diferite, adică mai primitive decât relațiile cu orice altceva din această lume. Astfel de obiecte primare sunt, mai întâi de toate, mama și, remarcabil, pentru un număr mare de persoane, majoritatea celor patru „elemente” care constituie simboluri arhaice materne: apa, pământul, aerul și, mai rar, focul. Voi anticipa aici spunând că, în cursul anumitor faze ale tratamentului analitic satisfăcător, analistul își asumă, de fapt trebuie să-și asume, calitățile unui obiect primar. Voi reveni asupra acestui punct în capitolul 13 și, din nou, în părțile a IV-a și a V-a ale cărții.

Înainte de a merge mai departe, aș dori să menționez câteva observații clinice și lingvistice

ale lui T. Doi (1962). După el, există în japoneză un cuvânt foarte simplu, care este folosit în mod curent, *amaeru*, verb intransitiv, care semnifică „a dori sau a spera să fii iubit“ în sensul iubirii primare. *Amae* este substantivul care derivă din el, adjectivul *amai* semnificând prietenos. Acești termeni sunt atât de uzuali, „încât este dificil pentru un japonez să conceapă că nu există echivalent pentru *amaeru* în limbile europene“. În plus, limba japoneză are un vocabular bogat pentru a descrie diferite atitudini și stări afective care se manifestă atunci când dorința de *amaeru* este frustrată sau trebuie să fie refulată. Toate aceste atitudini sunt cunoscute în Occident, dar ele nu se pot exprima în cuvinte simple, ci doar prin fraze complicate precum „pentru că are impresia că nu are dreptul să își manifeste dorința de *amaeru* pe cât și-ar dori, se acumulează în el suferință psihică, probabil de natură masochistă“ etc. Conform informațiilor sale, limbile coreene și aimu posedă cuvinte echivalente și, de asemenea, limba chineză.

Pentru a reveni la subiectul nostru, este foarte probabil ca, în stadiile timpurii ale vieții postnatale, menținerea unei forme primitive de relație exclusiv între două persoane să fie aproape de limita capacităților unui sugar în curs de dezvoltare. Așa cum am văzut în capitolul 10, aici se situează, probabil, punctul de regresie al schizofreniei. Am crezut mult timp că nu există decât un singur fel de relație primitivă între două persoane, cel pe care îl numesc în prezent ocnofilie. Am spus că, în acest tip de relație, obiectul este resimțit ca un suport care are o importanță vitală. Orice amenințare de separare declanșează o angoasă foarte intensă și cea mai frecventă apărare împotriva acesteia este agățarea. Pe de altă parte, obiectul moștenește atât de multă investire de la substanțele primare, încât el dobândește grație acestui fapt o importanță foarte

mare și nicio altă atenție sau considerare nu îi poate fi acordată, el nu trebuie să aibă interese independente de cele ale individului, el trebuie pur și simplu să fie acolo și, datorită acestui fapt, este considerat ca fiind de la sine înțeles. Consecințele acestui tip de relație de obiect sunt (a) o supraestimare a obiectului — care nu rezultă în mod necesar dintr-o suprainvestire de către libidoul narcisic — și (b) o relativă inhibiție de a dezvolta aptitudini personale care l-ar putea face pe individ independent de obiectele sale.

În timpul ultimilor 15 ani, am descoperit un al doilea tip de relație primitivă cu obiectele sau, poate mai exact, cu mediul. Am propus să le desemnez prin termenul de „filobatism“. Aici, obiectele sunt considerate ca fiind indiferente sau chiar ca fiind întâmplări perfide și suspecte, pe care este preferabil să le evităm. Individul trebuie să-și dezvolte aptitudini personale — adică Eul său — pentru a-și conserva sau pentru a-și recuceri libertatea de mișcare și armonia, în spațiile vide de obiecte precum munții, deșerturile, marea, aerul etc., toate acestea aparținând categoriei de obiecte primare potențiale — sau, mai corect, substanțelor primare, însă *pari passu* relațiile sale de obiect pot fi împiedicate.

Toate aceste forme primitive de relație de obiect au ca trăsătură comună faptul că obiectul este considerat aici ca fiind de la sine înțeles; noțiunea de obiect indiferent, care trebuie transformat în partener cooperant prin intermediul unui „travaliu de cucerire“, nu a apărut încă. În această relație armonioasă între două persoane, doar unul dintre parteneri poate avea dorințe, interese sau nevoi proprii; fără necesitatea de a face dovada, este acceptat faptul că celălalt partener, obiectul sau spațiul prietenos vor avea, automat, aceleași dorințe, aceleași interese și aceleași speranțe. Pentru acest motiv, această stare de lucruri este atât de des numită stare de omnipotență.

Formularea nu este în întregime corectă; și, de fapt, aici nu este vorba despre un sentiment de putere, nici puterea, nici efortul nu sunt necesare, căci toate lucrurile *sunt* în armonie.

Dacă apare cea mai mică discordanță între subiect și obiect, reacția la aceasta va consta în simptome zgomotoase și violente, evocând fie procese de o natură extrem de agresivă și distructivă sau profund dezintegrată, pe scurt, totul se petrece ca și cum lumea întreagă, inclusiv Sinele, ar fi fost spartă în bucățele, sau ca și cum subiectul ar fi fost inundat de impulsuri agresiv-destructive în stare pură. Pe de altă parte, dacă armonia poate fi menținută fără prea multe perturbări externe, reacția va consta dintr-un sentiment de liniște, de bunăstare calmă, care este mai degrabă discret și dificil de observat.

În limbaj adult, această diferență s-ar putea exprima astfel: „Trebuie să fiu iubit și îngrijit din toate punctele de vedere de toate persoanele și toate lucrurile care au importanță pentru mine, fără să fie nevoie de vreun efort sau de orice altceva în schimb. Singurele care contează sunt dorințele mele, interesele și nevoile proprii; niciuna dintre persoanele care sunt importante pentru mine nu trebuie să aibă interese, dorințe, nevoi diferite de ale mele, și dacă are totuși, trebuie să și le subordoneze alor mele fără niciun resentiment sau efort; de fapt, a se potrivi dorințelor mele ar trebui să-i producă plăcere și bucurie. Dacă va fi astfel, voi fi bine, satisfăcut și fericit, dar asta este tot. Dacă nu, va fi oribil, pentru lume, ca și pentru mine însumi.”

Dacă nu pierdem din vedere că, în acest stadiu, existența unei relații armonioase continue între subiect și obiect sau spațiu este la fel de importantă ca o alimentare continuă cu aer, vom înțelege că orice perturbare a armoniei între subiect și obiectul său sau substanța sa primară riscă să provoace apariția unor simptome

zgomotoase, violente și agresive. Această relație primară este atât de importantă pentru subiect, încât el nu poate tolera nicio interferență exterioară la acest nivel, și dacă ceva vine să îi contrarieze nevoile sau dorințele, el este obligat să recurgă la metode disperate.

Cum intervine ura în această relație? Ura reprezintă perpetuarea dependenței necondiționate în ceea ce privește iubirea primară, cu singura diferență că semnul său a devenit negativ. Am arătat în articolul meu „Despre iubire și ură” (1951) că, pentru a elibera individul de fixația sa la ură, cooperarea mediului este indispensabilă, doar schimbările interne nu sunt suficiente aproape niciodată. În câteva cazuri rare, unele evenimente externe pot provoca, din întâmplare, modificări necesare în mediu, însă aceasta necesită condiții atât de riguroase, încât probabilitatea este, cu siguranță, foarte redusă. Singura situație în care ne putem aștepta să vedem că mediul îndeplinește deliberat și sistematic aceste exigențe este situația analitică, în special în timpul fazei de „nou început”. Dacă analistul ajunge să răspundă potrivit dorințelor primitive și nerealiste ale pacientului, poate să-l ajute astfel să reducă inegalitatea apăsătoare dintre el însuși și obiectul său. Micșorarea acestei inegalități poate antrena o diminuare considerabilă, chiar dispariția totală a dependenței pacientului față de obiectul său primar, dependență care a fost reprodusă în timpul fazei procesului analitic pe care l-am numit nou început. Odată ce inegalitatea și dependența au fost reduse, nu va mai fi nevoie de o apărare împotriva lor; ura ar putea atunci, într-o mare măsură, să fie abandonată și, odată cu ea, intensitatea impulsurilor agresive și distructive.

Dacă teoria mea este corectă, atunci ne putem aștepta să ajungem la aceste trei tipuri de relație de obiect — *cel mai primitiv amestec armonios prin întrepătrundere, agățarea ocnofilă de obiecte și*

predilecția filobată pentru spațiile lipsite de obiecte — în orice tratament analitic în care este permisă regresia dincolo de un anumit punct. De fapt, am ajuns la teoria aceasta făcând calea inversă, observând în cadrul practicii mele analitice aceste trei tipuri de relație cu mine și cu mediul în general, apoi mi-am construit teoria plecând de la aceste observații.

Care este locul narcisismului în această teorie? Susțin că întreg *narcisismul este secundar* celei mai primitive dintre aceste relații, cea a amestecului armonios prin întrepătrundere; cauza lui imediată este întotdeauna o tulburare apărută între individ și mediul său; aceasta antrenează o stare de frustrare care are drept consecință faptul că individul ajunge să diferențieze ceea ce până atunci era amestecul armonios al Sinelui cu mediul, să retragă o parte din investirea pe care o făcuse în mediu pentru a o muta în Eul său în curs de dezvoltare.

CAPITOLUL 13

Iubirea adultă

În articolul său „Pentru a introduce narcisismul“, Freud scrie: „Faptul de a fi iubit reprezintă scopul și satisfacerea în cazul alegerii de obiect narcisice“⁴⁰. Cu siguranță, aici se află încă o observație clinică impecabilă, dar care are ceva de ordinul unui *non sequitur* teoretic. Alegerea de obiect narcisică semnifică faptul că subiectul ia fie propria sa persoană, fie pe unul dintre reprezentanții sau derivații săi, ca obiect de iubire, însă din teoria narcisismului nu decurge în mod necesar că el ar trebui să își dorească să fie iubit de altul. Dimpotrivă, dat fiind că și-a retras libidoul de la lumea exterioară — sau nu a investit-o —, doar el însuși poate conta sau cineva care îl reprezintă; ne-am aștepta să fie mai mult sau mai puțin indiferent față de restul mediului său. Găsim aici, evident, încă una dintre contradicțiile interne inerente teoriei narcisismului primar.

Întreaga literatură clinică referitoare la narcisism — adică la narcisismul secundar — prezintă același tablou alcătuit din observații excelente, verificabile, dar care se inserează cu dificultate în patul procustian al narcisismului primar. Annie Reich (1953), de exemplu, spune că, la nivelul sexual pregenital, obiectele sunt folosite într-o manieră „egoistă“, în vederea unei satisfaceri personale; interesele lor nu pot fi luate în considerare, și „dacă trebuie să definim acest comportament ca pe o fixație la nivelurile pregenitale sau ca pe o relație de obiect sau ca pe un fenomen narcisic, este o chestiune de terminologie“. Ea adaugă: „La aceste niveluri timpurii, este mai frecventă observarea unor atitudini pasive decât o căutare activă care vizează un obiect“ (pp. 22–24).

Mă îndoiesc că am putea descoperi raporturi logice între dorința de a fi iubit pasiv, folosirea „egoistă” a obiectelor, incapacitatea de a lua în considerare interesele lor, prevalența atitudinilor de așteptare pasivă a mișcărilor active destinate obținerii unor satisfaceri și teoria narcisismului primar conform căreia întreg libidoul este concentrat în Eu sau în Se — sau în Sine.

De asemenea, nu înțelegem faptul că am putea considera ca fiind lipsit de importanță pentru teoria noastră descrierea acestor observații clinice ca fixații la niveluri pregenitale, ca o relație de obiect sau ca narcisism, și de ce toate acestea nu ar fi decât o simplă chestiune de terminologie. În ciuda ultimei fraze susțin că, în ceea ce mă privește, toate nu sunt decât o consecință naturală a faptului că am recurs la o „teorie-valiză” precum este teoria narcisismului primar. Înainte de a pleca într-o călătorie, trebuie să decidem care sunt lucrurile de care vom avea nevoie în timpul acestei călătorii și să ne facem bagajele adecvat. Dacă devine evident că avem nevoie de altceva, trebuie să îl achiziționăm de *pe drum* — nu există altă soluție.

Toate aceste observații se integrează perfect teoriei despre iubirea primară; de fapt această teorie ne permite să le prevedem și să le conferim astfel valoarea de probe evidente. „Atitudinile pasive” și nevoia de a fi iubit fac parte integrantă din orice relație cu un obiect primar, ca și forma „egoistă” de iubire și incapacitatea de a lua în considerare interesele sau starea de bine a obiectului. Așa cum am arătat în mai multe ocazii, în cele trei forme de relație primitivă — amestecul armonios prin întrepătrundere, ocnofilia și filobatismul — subiectul cere să aibă dreptul de a considera obiectele sale sau mediul său ca fiind deja acordate la el; este pur și simplu de negândit că ele ar putea avea interese proprii; singura lor grijă trebuie să fie aceea de a proteja armonia cu orice preț.

Orice efort libidinal are deci ca scop ultim protejarea sau restaurarea armoniei inițiale. Aș vrea să o mai citez încă o dată pe Annie Reich; iată care sunt termenii în care ea descrie sentimentul de extaz care însoțește orgasmul: „În această stare, este ca și cum individualitatea femeii a încetat să existe, ea s-a simțit reunită cu bărbatul“ (op. cit., p. 27).

Ea apropie această *unio mystica* de ceea ce Freud a numit sentimentul oceanic — „fuziunea sinelui cu lumea sinelui și cu obiectul primar, ceva care s-ar asemana cu o abandonare temporară a limitelor separării“^[4]. Permiteți-mi să repet că a trebuit să punem deoparte și această observație clinică, în teoria-valiză a narcisismului primar, dar ea este o consecință naturală a teoriei iubirii primare.

Această *unio mystica*, această restabilire a amestecului armonios prin întrepătrundere, între individ și elementele cele mai importante ale mediului său, obiectele sale de iubire, reprezintă dorința fiecărei ființe umane. Pentru a îndeplini această dorință trebuie să ajungem să transformăm un obiect indiferent sau posibil ostil într-un partener cooperant, prin intermediul a ceea ce am numit travaliu de cucerire (1948). Obiectul, devenit de atunci un partener, este adus în situația de a tolera să fie considerat acceptat pentru o perioadă scurtă de timp, adică să aibă doar interese asemănătoare. Aptitudinile dobândite în această „cucerire“ variază mult în funcție de indivizi și, prin urmare, nu toată lumea este capabilă să obțină periodic un orgasm, nici să formeze o alianță armonioasă. Totuși, acesta este încă mijlocul cel mai frecvent folosit pentru restabilirea amestecului armonios primar.

În viața adultă există alte câteva posibilități pentru a realiza acest scop ultim, iar toate necesită calități și aptitudini considerabile. Printre aceste posibilități vom cita extazul religios, momentele

sublime ale creației artistice și, în fine, poate mai specific pentru anumiți pacienți, anumite perioade de regresie în cursul tratamentului analitic. Deși în toate aceste stări subiectul este pe cont propriu, creând impresia unei retrageri narcisice, toate au în comun o caracteristică fundamentală, anume aceea de a-i procura individului în timpul unor scurte momente, sentimentul autentic și real că nu există niciun dezacord între lumea sa și el însuși, că sunt în prezent uniți într-o înțelegere pe care nimic nu o tulbură, într-un amestec prin întrepătrundere perfect armonios.

Rezumat

1. Freud a propus, într-o manieră la fel de categorică, trei teorii privind relația cea mai primitivă dintre individ și mediul său. Acestea sunt relația primară de obiect, autoerotismul primar și narcisismul primar. Deși aceste trei teorii se contrazic, Freud nu a abordat niciodată această problemă într-un studiu publicat.

2. El a încercat, mai degrabă, să facă o sinteză din aceste trei teorii în favoarea narcisismului primar. Autoerotismul a fost definit ca mod de satisfacere caracterizând faza narcisismului primar și orice tip de relație de obiect, atât anaclitică, cât și narcisică, a fost considerată ca fiind secundară. Acest edificiu teoretic conține mai multe contradicții interne, dintre care niciuna nu a fost recunoscută de Freud. Ele au fost puse în evidență în cursul acestor ultimi ani în special de Hartmann, Kris și Loewenstein, aceștia propunând deci o nouă terminologie care, dacă rezolvă câteva din vechile probleme, pare să creeze altele noi.

3. Dacă reexaminăm argumentele de care Freud și apoi literatura analitică s-au folosit pentru a accepta existența narcisismului primar, ne dăm seama că ele dovedesc doar existența narcisismului secundar. Singurele două excepții care nu au putut fi explicate pe baza narcisismului secundar sunt

stările de regresie din schizofrenie și din timpul somnului; însă, chiar și în aceste două cazuri, regresia se înfățișează, mai degrabă, într-o formă primitivă de relație decât în forma narcisismului primar.

4. Cum observațiile clinice nu păreau să poată oferi o bază suficient de solidă pentru acceptarea teoriei narcisismului primar, teoria analitică a recurs la reîntoarcerea la perioada fetală. Un examen riguros al datelor accesibile ne-a sugerat să ne gândim că, în ciuda faptului că teoria narcisismului primar era compatibilă cu aceste observații, ea nu a decurs în mod necesar din aceste observații. A fost propusă o teorie a iubirii primare care pare să se acorde mai bine cu faptele observate.

5. Această teorie permite să înțelegem mai bine un anumit număr de observații clinice și să le asamblăm într-un întreg coerent, în vederea constituirii unui argument puternic în favoarea validității sale. Aceste observații conțin: experiența cu schizofrenicii, cu alcoolicii, cu pacienții „narcisici” și diferite modificări ale tehnicii propuse de un anumit număr de autori, pentru a-i permite pacientului să stabilească o relație terapeutică eficientă în situația analitică.

6. În fine, studiul vieții amoroase ne oferă câteva argumente suplimentare pentru teoria iubirii primare.

⁴⁰ Freud, S., *Opere* 3, p. 57.

⁴¹ Ibid., p. 27.

Partea a III-a

Abisul și răspunsurile analistului

Regresia și copilul din pacient

Analistii, în general, tolerează ca în situația analitică alături de comunicările verbale să existe și comunicări nonverbale. Această politică a „toleranței” antrenează anumite consecințe. Cea mai importantă dintre ele poate fi aceea că facilitează accesul către punerea în act, care este un echivalent al regresiei, întrucât cuvântul este întotdeauna o formă mai adultă de comunicare decât acțiunea sau gestul.

Într-un anumit sens, procesul de maturizare și de civilizare constă în deplasarea unei mase fizice din ce în ce mai reduse, adică în a folosi din ce în ce mai puțină energie musculară pentru a exprima aceeași idee, același rezultat sau același mesaj. Aceasta înseamnă că, numărul mușchilor implicați diminuându-se, mișcările devin din ce în ce mai fine și mai subtile. Dintre toți mușchii scheletului, mușchii vorbirii sunt cei care au masa cea mai mică și care sunt cei mai subțiri și mai fini; prin urmare, mișcarea lor necesită mai puțină energie decât mișcarea oricărui alt mușchi. Totuși, procesul de maturizare nu se oprește aici. Copilul sau omul primitiv substituie mai întâi țipetele și urletele cu acțiunea; apoi, el învață să țipe și să urle mai puțin, adică să exprime aceeași intensitate emoțională folosind o masă fizică și o energie musculară mai mică. Compensarea pentru această constrângere și disciplină constă în creșterea constantă a fineții și a bogăției exprimării care implică viața psihică conștientă și preconștientă. Nu este imposibil ca acest proces să se întindă dincolo de acestea, până în inconștient; acesta ar fi un alt exemplu din ceea ce Freud a numit educația pulsionilor.

Este în natura situației analitice să inverseze, într-o anumită măsură, aceste procese de

maturizare și de civilizare. În loc să facă aluzie sau să sugereze subtil, pacientul învață să afirme explicit ceea ce gândește și ceea ce simte, și aceasta se întâmplă adesea cu o intensitate foarte primitivă; el realizează curând că descrierile obiective și detașate nu sunt suficiente și că emoțiile lor concomitente va trebui, de asemenea, să fie exprimate. El începe, atunci, să-și varieze intensitatea și timbrul vocii, să recurgă la gesturi sau mișcări; el se poate lăsa purtat de emoțiile sale și astfel ajunge să treacă la act în transfer sau în situația analitică.

Toate acestea conduc, inevitabil, la faptul de a da curs unui curent regresiv care implică atât pacientul, cât și analistul său. Ce se va întâmpla acum depinde de reacțiile analistului. Firește, orice analist va încerca să înțeleagă ceea ce pacientul încearcă să îi comunice prin intermediul punerii în act; dar pentru a influența trecerea la act, analistul trebuie să găsească o modalitate de a comunica — adică de a exprima ceea ce a înțeles. Totuși, maniera sa personală de a-și exprima înțelegerea sau, așa cum îmi place mie să spun, răspunsurile sale obișnuite la „punerile în act“, la „comportamentul“ sau la „repetițiile“ pacientului poate varia într-o mare măsură și toate aceste variații, fie că sunt sau nu folosite sistematic, vor influența considerabil „atmosfera“ din cabinetul de consultații al analistului.

Primul analist care a descris atmosfera creată de „răspunsurile“ sale sistematice a fost, desigur, Freud, care a comparat-o cu reflexia printr-o oglindă bine șlefuită. Aceasta înseamnă — literal — că analistul nu a introdus niciun material străin în travaliul analitic, că el a continuat doar să *reflecteze* fără a deforma ceea ce i-a transmis pacientul. Pentru ca aceasta să fie posibil este necesar — chiar dacă nu a fost formulat explicit niciodată — ca materialul produs de pacient să constea aproape exclusiv din cuvinte și *a fortiori*

contribuțiile analistului la situația creată să conștă, de asemenea, exclusiv din cuvinte. Toate aceste cuvinte, atât ale pacientului, cât și ale analistului, sunt folosite și înțelese reciproc în sensul lor convențional, adult. De fapt, în observațiile clinice publicate de Freud nu am putut găsi nicio interpretare a materialului nonverbal produs de un pacient, deși observații ale fenomenelor nonverbale figurau deja în *Studii asupra isteriei* (1895). Cunoșcând precizia rapoartelor lui Freud când era vorba despre activitatea clinică, restricția sa autoimpusă apare ca fiind evidentă. O oglindă reflectă o imagine fără să-i modifice natura; astfel, cuvintele pot fi reflectate prin cuvinte, însă traducerea în cuvinte a unui material nonverbal ar depăși funcția analitică în sensul ei de oglindă.

Puțin câte puțin, am învățat să înțelegem și să folosim nu doar materialul verbal oferit de pacienții noștri, ci și ceea ce eu numesc „atmosfera” creată parțial din cuvinte, parțial de modalitatea în care pacientul se folosește de ele și parțial de tot ceea ce numim „punere în act”, „comportament” sau „repetiție” în situația analitică. Acest ultim grup, așa cum am arătat, prezintă întotdeauna un aspect de regresie.

Pe plan clinic, aceasta înseamnă că în orice tratament analitic vom observa de la un moment la altul fenomene care sugerează regresia. Totuși, există opinii divergente printre analiști referitoare la frecvența, semnificația și importanța acestor fenomene. Opiniile variază, de asemenea, în ceea ce privește partea care revine pacientului în privința apariției acestor fenomene, adică personalitatea sa, natura și gravitatea bolii sale și cea care revine tehnicii individuale a analistului. După părerea mea, atât analistul, cât și pacientul au contribuția lor la crearea acestei situații, însă nu este ușor să distingem cât i se datorează fiecareia dintre ei. Orice descriere care izolează exclusiv

contribuția unuia dintre parteneri va fi probabil viciată de la început. Însă, chiar și atunci când suntem în întregime conștienți de această piedică, trebuie să ne așteptăm ca orice descriere să fie marcată de optica personală a autorului, în special de experiențele sale obișnuite care sunt determinate, cel puțin parțial, de tehnica sa individuală. Descrierea mea nu va face excepție de la această regulă.

Desigur, contribuțiile fiecăruia dintre cei doi parteneri nu sunt integral verbalizate în cursul tratamentului — nici în discuțiile științifice — deși proporția lor este cu siguranță observată. În ansamblu, pacientul este adus progresiv în situația de a-și exprima contribuțiile nonverbale — printre ele, tendințele sale regresive — în cuvinte, „schimbând astfel repetiția în rememorare“, în timp ce analistul nu este, în general, supus acestei constrângeri. Comportamentul său profesional, adică detaliile tehnicii sale, este simțit ca fiind atât de bine codificat, încât el îl consideră ca „natural“, rezonabil și justificabil pe plan științific și aceasta până la punctul în care, în cazurile „normale“, cei care progresează nu vor simți nevoia să înlocuiască „repetiția prin rememorare“, exprimând prin cuvinte comportamentul lor obișnuit în situația analitică, ceea ce va permite investigarea acestuia. În multe privințe, această linie de conduită este rezonabilă și realistă — nu numai pentru un motiv ce ține de economia psihică. În plus, analistul se poate asigura că acest comportament al său a făcut obiectul, în trecut, în timpul formării sale, unei investigații de acest fel. Astfel, analiștii ajung la noțiunea de tehnică „clasică“ sau „corectă“, după caz.

Urmând acest exemplu, chiar dacă doar provizoriu, să începem să examinăm contribuțiile pacientului. Pacienții prezintă diferențe considerabile în ceea ce privește regresia. În ansamblu, putem distinge două tipuri extreme și

mai multe grade intermediare. Rezultate terapeutice cu totul satisfăcătoare pot fi obținute cu unul dintre aceste tipuri extreme, fără să se producă o regresie dincolo de nivelul oedipian. Cu celălalt tip, este aproape imposibil să obținem cel mai mic rezultat efectiv, stabil și pe durată îndelungată, ci doar în ceea ce privește ameliorările transferențiale pasagere; rezultate terapeutice veritabile nu vin decât după o perioadă de regresie care poate fi scurtă sau lungă; dar care este întotdeauna de o natură mai primitivă decât fenomenele bine cunoscute aparținând nivelului oedipian⁴².

Să ne întoarcem acum la răspunsurile analistului, care, așa cum tocmai am discutat, sunt cele care reprezintă o parte importantă a contribuției sale la „atmosfera” care se va dezvolta. Un exemplu bun al posibilelor variante este constituit de răspunsurile analistului la cererea făcută de pacient de a prelungi durata ședințelor. În mod clasic, ședințele durează cincizeci de minute⁴³ și, în general, analistul își rezervă între cinci și zece minute de pauză între două ședințe. În principiu, trebuie sau nu trebuie să răspundă favorabil pacientului care cere cinci sau zece minute în plus? De asemenea, trebuie sau nu să compenseze întârzierea pacientului atunci când ajunge cu cinci sau zece minute mai târziu? Fără a considera că suplețea analistului este, de asemenea, limitată de circumstanțe exterioare (poate pacientul următor este deja în așteptare; pe de altă parte, analistul poate avea o oră liberă imediat după ședința cu pacientul respectiv și acesta, dintr-un motiv oarecare, știe sau nu acest lucru etc.), trebuie el să accepte să prelungească ședința și dacă da, la care criterii trebuie să recurgă pentru a stabili dacă o prelungire este recomandabilă sau nu?

O formă încă mai dificilă a aceleiași probleme se prezintă atunci când cererea este în legătură cu

o ședință suplimentară în timpul weekendului, la sfârșitul unei zile de lucru sau chiar în timpul vacanțelor analistului. Oricare ar fi răspunsul, este, cred, neîndoielnic faptul că nu doar pacientul, ci și analistul vor contribui la crearea unei anumite „atmosfera” în tratament. Pacientul, adesea citat de Anna Freud, care a obținut permisiunea de a-i telefona analistului în orice moment al zilei sau chiar la sfârșitul săptămânii, constituie o dovadă convingătoare a faptului că a accepta și a satisface anumite tendințe regresive sau puneri în act nu sunt în întregime incompatibile cu tehnica „clasică”; altfel spus, nu este un parametru ireversibil.

Exemplele pe care le-am citat constituie un eșantion destul de schematic al răspunsurilor pe care analistul poate să le dea punerilor în act ale unui pacient în stare de regresie; le-am ales în măsura în care structura lor simplă ne permite să discutăm cu ușurință despre ele. Deși este mai dificil să demonstrăm, este sigur că există nenumărate modalități în care analistul poate răspunde la formele subtile ale regresiei pacientului. Răspunsul său poate fi indiferență, dezaprobare sau poate doar o slabă plictiseală; el poate tolera punerea în act, însă aceasta va fi urmată imediat de o interpretare corectă și la obiect, care îl va face pe pacient să înainteze câțiva pași în învățarea limbajului analistului și va împiedica apariția altor puneri în act; el poate primi punerea în act cu bunăvoință, ca și cum ar fi fost o supapă de descărcare, o poate lua ca atare, fără a simți nevoia să interpreteze, adică să acționeze asupra punerii în act, cum ar proceda cu o altă formă de comunicare, de exemplu cu asocierile verbale. Este evident că doar în acest ultim caz punerea în act și asocierile verbale sunt acceptate ca și comunicările adresate terapeutului.

Analistul poate accepta nevoile de regresie manifestate de pacientul său ca fiind pur și simplu

comunicări comprehensibile, ca fantasme care sunt perfect ireale; în consecință, răspunsul explicit sau implicit al analistului va însemna că orice gratificare a acestor nevoi va fi incompatibilă cu situația analitică. Un demers oarecum diferit ar consta în a le accepta ca fiind justificabile în cadrul situației analitice. Și, în fine, este de asemenea posibil nu doar de a accepta anumite nevoi ca fiind cu totul justificate, ci de a le gratifica — în măsura în care gratificarea este compatibilă cu situația analitică. Exact așa s-au petrecut lucrurile în cazul precedent citat mai sus.

Toate aceste răspunsuri contribuie, desigur — fiecare în maniera sa —, la dezvoltarea „atmosferei” tratamentului. Anumite răspunsuri deschid larg poarta către regresie, altele nu îi lasă decât o trecere îngustă și altele se străduiesc să o prevină. Regresia în cursul tratamentului analitic nu depinde deci doar de pacient, ci și de analistul său. În capitolele 16–18 vom relua în detaliu studierea anumitor răspunsuri „standard” și consecințele lor. Însă, înainte de aceasta voi descrie consecințele inevitabile ale regresiei atunci când i se permite să ajungă dincolo de nivelul oedipian.

După cum am văzut, sub influența situației analitice toți pacienții, fără excepție, regresează până la un anumit punct; adică devin infantili și trăiesc emoții primitive intense în relație cu analistul; desigur că toate acestea reprezintă un element constant a ceea ce numim în general transfer.

Impactul acestor emoții extrem de intense provoacă o inegalitate ciudată în relația dintre analist și pacient. Analistul este simțit ca fiind o persoană puternică, o persoană care are o importanță vitală, dar doar în măsura în care el este capabil sau vrea să gratifice sau să frustreze așteptările, speranțele, dorințele și nevoile pacientului său; în afara acestei sfere, analistul în

calitate de persoană reală, obișnuită de-abia dacă există. Firește, pacientul are tot felul de fantasme referitor la analistul său, dar în general acestea au mai mult de-a face cu lumea interioară a pacientului decât cu viața reală și persoana adevărată a analistului. Chiar dacă pacientul se simte în general vulnerabil și mai puțin important în comparație cu analistul, doar el însuși (pacientul) este cel care contează, și contează foarte mult; dorințele, impulsurile și nevoile sale sunt singurele de care trebuie să se ocupe exclusiv și doar interesele sale trebuie să rămână constant în centrul atenției sale.

Acest tipar este general; deși nu există nicio excepție de la el, intensitatea și durata variază cu fiecare pacient. Unii pacienți nu depășesc niciodată un anumit punct; procesele terapeutice inițiate astfel sunt eficiente pentru a aduce o reajustare suficientă; și, după un timp, pacientul se ivește spontan din această relație primitivă între două persoane și își găsește vindecarea. Cu toate acestea, la alți pacienți, procese suplimentare se adaugă celor pe care tocmai le-am descris.

În prima parte am studiat îndelung aceste procese așa cum pot fi ele observate de către analist. Aici le voi enumera doar pe cele mai importante: cuvintele își pierd calitatea lor de mijloace de comunicare convenționale sigure între pacient și analist; interpretările, în special, tind să fie simțite de pacient ca semne de ostilitate și de agresivitate sau de afecțiune. Pacienții încep să știe mult prea mult despre analistul lor; se întâmplă frecvent ca ei să fie mai conștienți de dispozițiile analistului decât de ale lor; paralel, interesul lor pare să se detașeze din ce în ce mai mult de propriile probleme și suferințe, care, la origine, i-a determinat să caute ajutor terapeutic, și se concentrează din ce în ce mai mult asupra „motivelor veritabile” care l-au împins pe analist să spună cutare sau cutare lucru, să se comporte

într-o anumită manieră sau să aibă o anumită „dispoziție“. Toate absorb o cantitate considerabilă de libido și acesta este, probabil, motivul pentru care pacienții în starea respectivă par să piardă, aparent, o parte bună din dorința lor de a se vindeca, din capacitatea lor de a se schimba. Paralel cu aceasta, așteptările lor de la analist încep să crească la niște dimensiuni total nerealiste, fie într-un sens pozitiv, sub formă de simpatie, de înțelegere, de atenție, de mici cadouri și de alte semne de afecțiune, fie într-un sens negativ, sub formă de agresivități sălbatice, de indiferență rece sau de cruzime extremă. Pentru a sintetiza această situație într-o singură frază, putem spune că trecutul a pierdut orice importanță pentru pacient; contează doar prezentul analitic.

În vocabularul analitic curent, această stare de lucruri ar fi descrisă ca o exacerbare a nevrozei de transfer sau a iubirii de transfer, nevroză care invadează complet situația terapeutică și, de fapt, devine atât de intensă, încât este inaccesibilă interpretărilor obișnuite. Anumiți analiști consideră că această evoluție este cauzată de fantasmele paranoide, persecutoare ale pacientului, care invadează transferul. După părerea mea, toate aceste descrieri sunt insuficiente și pierd din vedere adevărata problemă (1958).

Este bine cunoscut faptul că și cei mai experimentați și mai capabili dintre noi au câteodată dificultăți și eșecuri ocazionale cu unii pacienți. Oricât de neplăcut ar fi, trebuie să acceptăm că nu există excepții de la această regulă. După părerea mea, majoritatea dificultăților și eșecurilor se produc în cursul tratamentului pacienților care prezintă semnele descrise anterior. Acești pacienți sunt numiți, de obicei, ca fiind „grav perturbați“, „profund clivați“, „schizoizi sau grav paranoici“, „atinși de o profundă rană narcisică“, ca „având un Eu prea slab sau imatur“ și așa mai departe; toate aceste descrieri implică

faptul că la acești pacienți rădăcina bolii se prelungește mai adânc decât complexul Oedip, subiect frecvent al preocupărilor noastre la bolnavii de tip obișnuit.

Pentru a înțelege mai bine anumite dificultăți pe care le întâlnim în tratamentul analitic al acestei categorii de pacienți, am propus, în prima parte, să considerăm că psihismul uman — sau poate doar partea pe care o numim Eu — cuprinde trei arii, aria complexului Oedip, aria defectului fundamental și aria creației. Fiecare dintre ele este caracterizată de o formă specifică a forței psihice care operează și, în fine, de un nivel specific al proceselor psihice. Să recapitulăm pe scurt:

Aria complexului Oedip are ca structură caracteristică o relație triangulară, cuprinzând subiectul și două obiecte; forța specifică își are originea într-un conflict, iar nivelul proceselor psihice este cel care corespunde și poate să se exprime adecvat prin intermediul limbajului adult convențional.

În aria defectului fundamental, structura predominantă este o relație exclusivă între două persoane, mai primitivă decât cea care are loc între doi adulți. Forma forței psihice operante nu este cea a unui conflict; natura sa va fi studiată în părțile a IV-a și a V-a. Totuși, pot deja menționa aici că, în anumite condiții, forța care operează la acest nivel creează stări similare dependenței și că literatura noastră are obiceiul de a le numi de lăcomie. Nivelul proceselor psihice, în special așa cum apar în situația terapeutică, este desemnat prin termeni ca „preoedipian“, „pregenital“, „preverbal“ etc. Am discutat în detaliu în capitolul 4 motivele care m-au făcut să consider acești termeni ca fiind confuzi și de ce am propus să-l numim nivelul defectului fundamental.

Există, în cele din urmă, aria creației, care este caracterizată de absența oricărui obiect extern. Metoda noastră analitică bazându-se pe transfer,

adică fiind inseparabil legată de prezența cel puțin a unui obiect extern în afară de subiect, nu suntem în măsură să studiem direct nici nivelul proceselor psihice în această arie, nici forma forțelor psihice aflate în joc. Totuși, procesele care se derulează în această arie au pentru noi o importanță considerabilă pe plan tehnic, așa cum o arată — printre multe alte exemple — problemele create de pacientul tăcut.

Putem deci să ne așteptăm să întâlnim trei serii diferite de procese terapeutice în psihism și, fără îndoială, putem, de asemenea, prevedea că analiștii vor avea nevoie de trei serii diferite de măsuri tehnice, fiecare dintre ele fiind destinată acțiunii asupra ariei psihice corespondente. În plus, cum situația analitică constituie, în mod esențial, o relație între două persoane care prezintă numeroase trăsături indiscutabil mai primitive decât cele care aparțin ariei oedipiene, am putea, de asemenea, să ne așteptăm ca înțelegerile noastre teoretice referitoare la aria defectului fundamental și metodele tehnice utilizate pentru a trata problemele pe care le întâlnim aici să fie mult mai avansate și mai bine întemeiate decât tot ceea ce apare la nivelul celorlalte două arii.

În realitate, bineînțeles, este exact invers. Aproape întreaga noastră teorie se referă la structuri psihice și procese care aparțin nivelului oedipian, iar tehnica analitică așa-zis „clasică” — indubitabil cel mai bine fondată dintre toate tehnicile analitice — are de-a face aproape exclusiv cu probleme care au o structură dinamică activată de unu sau mai multe conflicte și care poate fi exprimată fără prea multă dificultate în limbaj convențional, adică prin problematici care aparțin ariei oedipiene.

Pentru a pune în evidență diferența între problemele tehnice care provin din aria oedipiană și cele izvorâte din aria defectului fundamental, să reexaminăm fenomenul regresiei sub un alt unghi.

Una dintre primele observații clinice care s-au făcut ne-a învățat că, într-un moment sau altul al curei analitice, pacienții încetează să mai coopereze. Aceasta se poate manifesta sub forma unui refuz de schimbare sau sub forma unei incapacități aparent complete de a accepta orice circumstanță exterioară defavorabilă sau de a suporta cea mai mică sporire a tensiunii. Dacă perioada lipsei de cooperare este limitată, se spune că ea e cauzată de o rezistență pasageră sau un „clivaj“, însă dacă se prelungește, o atribuim acțiunii preponderente a mecanismelor schizoid-paranoide. O altă categorie de interpretări atribuie aceste stări unui resentiment nerezolvat în ceea ce o privește pe mamă și pe reprezentanții săi ulteriori, pentru că nu i-au oferit pacientului afecțiunea, empatia și înțelegerea la care el avea dreptul.

Deși a fost întotdeauna acceptat că orice pacient are în el o parte necooperantă, am studiat mai puțin factorii care determină partea, mai mare sau mai mică, ce cooperează la un pacient într-o situație analitică și într-o perioadă dată. În anumite cazuri grave de regresie, pacientul pare incapabil să înțeleagă ceea ce se așteaptă de la el, adică de a se plia „regulii noastre fundamentale“; este practic inutil să încercăm în acele momente să-i amintim plângerile care l-au adus, la început, în situația de a cere ajutor din partea psihanalizei, căci relația sa cu analistul, gratificările și frustrările pe care le poate aștepta de la el au devenit singura sa preocupare; el pare să fi pierdut orice dorință de a continua travaliul analitic. Atunci când ne dăm seama că acest fel de transfer, absorbind aproape tot libidoul pacientului, are structura unei relații exclusiv între două persoane — spre deosebire de transferul oedipian „normal“, indiscutabil triangular —, recunoaștem în acest mod de transfer un semn diagnostic suplimentar care indică faptul că pacientul a atins aria defectului fundamental.

Aceasta ne aduce direct la subiectul nostru, anume cum să procedăm pentru ca partea necooperantă a unui subiect să devină capabilă de cooperare, adică să fie capabilă să primească ajutor analitic. În opinia mea, nu este vorba aici despre rezolvarea rezistențelor (adică a conflictelor) de la nivelul oedipian sau despre înlăturarea unui „clivaj“, ci despre ceva care seamănă mai degrabă cu o stimulare, chiar cu creația, la pacientul aflat într-o dispoziție nouă, pentru ca acesta să accepte realitatea și să o trăiască, este vorba despre un fel de atenuare a resentimentului său, a apatiei sale, care se manifestă în nevroza de transfer prin încăpățănare, stângăcie, nebunie, un spirit hipercritic, neîncredere, lăcomie, o dependență extremă și așa mai departe.

Acesta este motivul pentru care am explicat această impresie clinică atât de diferită, încât am presupus existența a ceva numit defect fundamental, care nu este nici un complex, nici un conflict, nici un clivaj, ci un defect în structura fundamentală a personalității, ceva de felul unei imperfecțiuni sau a unei cicatrici. Desigur, majoritatea pacienților sunt incapabili să ne spună ce anume le provoacă resentimentul, apatia, dependența, adică ce este deficient sau imperfect în ei. Unii dintre ei totuși sunt capabili să o exprime prin contrariul său, prin intermediul fantasmelor privind un partener perfect sau o armonie perfectă cu tot mediul lor, o fericire perfectă pe care nimic nu o va tulbura, o mulțumire perfectă cu ei înșiși și cu universul lor și așa mai departe. Cu toate acestea, în forma cel mai des întâlnită, pacientul repetă fără încetare că el a fost abandonat, că nimic în lume nu merită efortul și, în cazurile grave, el chiar declară că viața nu merită să fie trăită dacă această pierdere — în general, ceva inaccesibil în prezent — nu poate fi cu totul reparată și se comportă ca și cum chiar așa s-ar fi întâmplat.

Aș dori să ilustrez acest tip de atmosferă prin două vise făcute de o pacientă în aceeași noapte⁴⁴. (1) Ea mergea printr-o pădure; când, deodată, o pasăre mare de culoarea pielii se năpustește în jos, o lovește violent și îi face o rană adâncă pe frunte. Pacienta a fost uluită și a căzut la pământ fără cunoștință. Lucrul cel mai teribil era faptul că pasărea nu a aruncat nicio privire înapoi; ea a fost indiferentă față de ce a făcut. (2) Apoi pacienta se afla într-o cameră în compania câtorva prieteni care jucau jocuri pe care ea obișnuia să le joace. Nimeni nu îi acorda nici cea mai mică atenție. Cel mai groaznic era faptul că ea rămânea singură pentru totdeauna deoarece nu putea să scape de gândul că pasărea nu s-a uitat înapoi. Ar trebui adăugat faptul că multe vise pe baza acestui model au fost aduse în timpul unei anumite perioade.

Într-un alt model, pacientul repeta la nesfârșit că el știe că ar trebui să coopereze, însă trebuie să se facă bine sau chiar să se vindece înainte de a putea face ceva în legătură cu aceasta. În același timp, el este pe deplin conștient de realitatea situației, adică ameliorarea este imposibilă fără cooperarea sa; totuși, acest insight nu face decât să ducă la o creștere a disperării în el. Cercul vicios — în convingerea sinceră a pacientului — poate fi rupt doar dacă fie ceva care a mers rău este înlocuit în el, fie dacă el poate obține susținerea a ceva din el, susținere pe care a avut-o odată, dar pe care însă a pierdut-o de atunci.

Pacienții și analiștii experimentați pot exprima acest ceva iremediabil pierdut sau care a mers rău ca fiind penisul sau sânul de obicei experimentat ca având calități magice, și să vorbească despre invidia de penis sau de sân, sau despre frica de castrare; conceptul de afazie al lui Jones (1927) face parte de aici, ca și ideile lui M. Klein (1957) despre gelozia și invidia înnăscute; totuși este apropiat de toate cazurile în care se leagă de sentimentul nestins și incontestabil că, dacă

pierderea nu poate fi înlocuită, pacientului nu-i va rămâne nimic bun și ar fi mai bine să înnebunească sau chiar să moară.

Toate fenomenele de regresie, așa cum sunt ele observate în situația analitică, găsesc o reminiscență pe cât de irezistibilă, pe atât de primitivă în copilăria timpurie; un argument puternic în favoarea acestei teze este acela că orice nevroză sau psihoză are, în mod necesar, anumite trăsături infantile și orice terapeut trebuie să fie conștient de faptul că va trebui să aibă de-a face, într-un fel sau altul, cu „copilul din pacientul său”.

Cunoaștem faptul că există dificultăți destul de mari atunci când „copilul din pacientul nostru” se află la vârsta conflictului oedipian. Însă prăpastia care separă adulții de „copilul din pacient” la vârsta defectului fundamental — „infantul”, în sensul propriu al cuvântului, adică, în orice caz, cineva care nu poate să vorbească într-un limbaj adult — este considerabil mai profundă și mai adâncă decât orice altceva întâlnit la nivelul oedipian în care, în cele din urmă, fiecare se folosește de limbajul convențional adult. În ciuda acestei dificultăți crescânde, prăpastia care separă pacientul de analist trebuie să fie depășită, pentru ca travaliul terapeutic să poată continua. Trebuie să conștientizăm totuși că pacientul — adică acel „copil din pacient” aflat la vârsta defectului fundamental — nu este capabil să depășească această prăpastie de unul singur. Marea întrebare tehnică este cum să depășească prăpastia? Care parte din această sarcină îi revine analistului și care trebuie să fie lăsată în seama pacientului?

Pentru a evita o posibilă neînțelegere, aș dori să subliniez faptul că voi discuta în cele ce urmează problemele tehnice pe care le-am întâlnit cu pacienții în regresie la nivelul defectului fundamental. Probabil că aici este vorba doar despre un model al așa-ziselor regresii „profunde”. Consider că doar un studiu analitic aprofundat cu

privire la pacienții realmente schizofrenici — dar nu cu privire la cei care au „caractere schizoide“ — poate releva posibile caracteristici care vor diferenția regresia de tip „schizofren“ de forma de regresie de care ne ocupăm aici.

Desigur că analiștii au recunoscut aceste două probleme tehnice extinse — sarcina depășirii prăpastiei care îi separă pe adulți de „copilul din pacient“ și învingerea incapacității pacientului de a accepta realitatea și de a coopera în travaliul analitic — dezvoltând diferite metode adaptative cu ei. Ceea ce nu este recunoscut suficient în literatură cu privire la acest subiect este faptul că există mai multe obstacole decât amenințări pentru un terapeut care încearcă să depășească prăpastia care îl separă de pacientul său în stare de regresie, în special atunci când regresia a atins aria defectului fundamental; și că toate obstacolele sunt determinate de reacțiile sale la fenomenele care aparțin acestei arii.

Ideea mea este să discut în capitolul 15 despre influența generală a limbajului în situația analitică și să dedic o descriere răspunsurilor „standardizate“ oferite unui pacient în stare de regresie și consecințele lor în capitolele 16–18. Aceasta va fi urmată în părțile a IV-a și a V-a de o discuție cu privire la experiența mea clinică cu pacienții regresați și la tehnicile pe care le-am găsit folositoare în aceste situații.

⁴² Una dintre posibilele explicații teoretice ale acestor diferențe face apel la noțiunea de traumatism. Conform acesteia, individul s-a dezvoltat mai mult sau mai puțin normal până în momentul în care a fost lovit de un traumatism. Începând cu acest moment, dezvoltarea sa ulterioară a fost fundamental influențată de metoda elaborată în momentul traumatismului în chestiune — defectul său fundamental — pentru a face față efectelor traumei. Cu siguranță, traumatismul însuși nu este un eveniment unic;

dimpotrivă, este vorba în general despre o situație mai mult sau mai puțin durabilă, provocată de o neînțelegere dureroasă — o lipsă de „ajustare“ — între subiect și mediul său. Ca regulă generală, subiectul este un copil și mediul este reprezentat de lumea adulților.

Este adevărat că, în ciuda unei lipse de „ajustare“ generale, se întâmplă în anumite cazuri ca un adult sau chiar adulții să fie alături de copil, dar, cel mai adesea, subiectul imatur și vulnerabil trebuie să înfrunte singur situația traumatică; fie niciun ajutor nu este disponibil pentru el, fie doar un ajutor care este o continuare a neînțelegerii și, astfel, nu îi este deci util.

Astfel, subiectul este adus în situația de a adopta propria metodă pentru a gestiona trauma, metodă descoperită din întâmplare, în disperare de cauză sau impusă de un adult neînțelegător care poate fi la fel de bine o persoană de bună credință ca și una indiferentă, neglijentă sau ostilă. Dezvoltarea ulterioară a individului va fi, așa cum tocmai am afirmat, determinată sau, în tot cazul, limitată de această metodă care, chiar dacă folositoare în anumite privințe, este întotdeauna costisitoare și, pe deasupra, stranie. Totuși, ea va fi încorporată în structura Eului său — aceasta va fi defectul său fundamental — și tot ceea ce se află dincolo sau în opoziție cu aceste metode va avea efectul unei propuneri înspăimântătoare mai mult sau mai puțin imposibilă.

Sarcina tratamentului analitic constă atunci în învingerea fricilor care barează calea readaptării — frici numite „fixații“ — și în a-l determina pe pacient să fie în măsură să-și lărgască potențialitățile și să elaboreze metode noi pentru a face față dificultăților. Rezultatul acestei întreprinderi depinde, desigur, atât de punctul în care trauma a lovit subiectul, cât și de gradul de compatibilitate al metodei alese în acel moment cu dezvoltarea unei forme oarecare de „iubire genitală“. În anumite cazuri, aparent, este necesar ca tratamentul să se reîntoarcă la perioada pretraumatică, care îi va permite pacientului să re trăiască traumatismul pentru a-și putea mobiliza libidoul „fixat“ și să găsească posibilități noi de a regla problema în chestiune. Dacă trauma a intervenit într-un stadiu relativ târziu al dezvoltării sale, punctul asupra căruia trebuie să se întoarcă tratamentul se va găsi deja în aria nivelului oedipian și o regresie dincolo de acest nivel nu va fi deci necesară și, fără îndoială, va fi mai puțin observabilă în situația analitică. Pe de altă parte,

dacă trauma a lovit individul într-un punct situat dincolo de aria oedipiană, este probabil ca o regresie importantă să se producă și ea va fi observată.

⁴³ Atunci când am început să practic psihanaliza, la începutul anilor 1920, se obișnuia ca o ședință să dureze cincizeci și cinci de minute.

⁴⁴ Îi sunt recunoscător soției mele pentru acest material.

Problema limbajului în educație și în cura psihanalitică

Dificultatea cel mai des întâlnită, însă nu întotdeauna pe de-a-ntregul recunoscută, ține de faptul că analistul continuă să folosească limbajul său obișnuit pentru a-i comunica unui pacient în stare de regresie răspunsurile. Desigur, acesta nu este decât un caz particular al problemei limbajului în situația analitică. Este evident că un analist englez sau american va analiza în engleză un pacient vorbitor de limbă engleză, iar pacientul și analistul se vor înțelege reciproc. Bineînțeles că analistul va folosi cu fiecare pacient o serie de cuvinte, fraze și formule puțin diferite; însă, în ansamblu, majoritatea acestor „dialecte” vor fi inteligibile pentru fiecare dintre ei. Pe de altă parte, ele *nu* vor fi desigur inteligibile pentru un francez sau pentru un german; vor trebui mai întâi să fie traduse.

Cu siguranță, aceasta nu înseamnă că un englez, un german sau un francez ar fi superiori, ci că este vorba despre limbi *diferite*. Această diferență are cauze istorice: în stadiile formării timpurii ale dezvoltării lor, englezii, francezii și germanii au învățat de la *părinții lor* limbi diferite.

În ansamblu, majoritatea lucrurilor, obiectelor, relațiilor, emoțiilor pot să se exprime la fel de bine în toate limbile. Insist asupra faptului că majoritatea lor pot, pentru că vreau să adaug că unele dintre ele *nu pot*. Aceasta este în mod particular adevărat pentru comunicările puternic încărcate emoțional. Poezia lirică sau cuvintele care însoțesc muzica sunt exemple bune în acest sens; este aproape imposibil să le traducem; oricine știe că operele se cântă de preferat în limba originală. Explicația mea pentru această dificultate face apel la noțiunea de „rețea de asocieri” care

înconjoară fiecare cuvânt, care variază în funcție de limbile și chiar în funcție de diferitele relații umane care se exprimă în aceeași limbă. Limbajele aproape secrete folosite în anumite meserii sau profesii constituie exemple evidente; de exemplu, argoul vorbit de cei care au urmat aceeași școală, care au aparținut aceleiași unități în armată, care au fost împreună în aceeași închisoare sau cei care au fost formați în același institut de psihanaliză. Un alt exemplu convingător este legat de dificultatea de a găsi aici o definiție exactă, în special în domeniul psihologiei. O definiție exactă are ca scop separarea cuvintelor folosite de toate asocierile lor nedorite sau involuntare, sarcină foarte rar încununată de succes.

Experiența arată că orice copil, orice pacient — sau orice candidat — este capabil în mod potențial să învețe orice limbă; însă limba pe care o *va învăța* depinde efectiv de părinții săi, de terapeutul său sau de analistul său didactic. Nu este alegerea sa; *de fapt, el nu are de ales în niciun fel*; este obligat să învețe limba mediului său.

Este un fapt de o foarte mare importanță atât pentru practica noastră, cât și pentru teoria noastră analitică; pacienții (și candidații) trebuie să învețe și să învețe limba analistului lor. Este adevărat că analistul învață, de asemenea, constant, de la fiecare dintre pacienții săi, dar această învățare, pe cât de importantă ar putea fi, rămâne foarte limitată în comparație cu ceea ce un părinte dispus poate învăța de la copilul său. Această învățare poate, desigur, să fie considerabilă, însă, dacă părintele este englez, limba rezultată va fi inevitabil engleza și niciodată limba maghiară sau chineza. Aceasta înseamnă că singurele sentimente, gânduri, trăiri pe care copilul va fi capabil să le exprime cu ușurință vor fi cele pe care părinții le simt de obicei și pentru exprimarea cărora se pretează limba engleză; și niciodată cele pe care un copil maghiar sau chinez ar putea cu

ușurință să le exprime în limba sa maternă, astfel că sunt absente din limba engleză — și invers.

Acest fapt simplu a fost, vom spune, sistematic refutat în considerațiile noastre teoretice. În general, asocierile aduse de pacienți sunt etalate ca dovezi ale corectitudinii ideilor analistului lor. Trebuie să recunoaștem odată pentru totdeauna că un pacient își dorește, înainte de toate, să fie înțeles și, prin urmare, el trebuie să vorbească o limbă inteligibilă pentru analistul său, adică unul dintre dialectele personale ale analistului. Mai mult de atât, așa cum un părinte englez nu va pune niciodată la îndoială faptul că a vorbi în limba engleză cu copilul său este atitudinea cea mai înțeleaptă, un analist va folosi automat limbajul său personal — sau limbajul grupului său — pentru a le vorbi pacienților săi; nimic nu-i va părea mai firesc decât asta.

Fiecare analist dezvoltă astfel un limbaj analitic a cărui structură fundamentală rămâne aceeași, dar care se modifică și care evoluează pentru a deveni mai bogat, mai precis, mai expresiv, mai eficient și care poate fi înțeles cu ușurință de oricine l-a învățat. În ceea ce îi privește pe ceilalți, acestora li se va părea straniu și iritant. Totuși, nu trebuie să uităm niciodată simplul fapt că pentru ca această limbă să fie vorbită și înțeleasă de un anumit număr de persoane, nu este suficient să o ridicăm la rangul de limbă universală, oricare ar fi dorința celor care o folosesc.

Admițând aceasta ca pe un fapt inevitabil, ce putem face aici? Pentru teoria noastră, răspunsul este un program încărcat; mai întâi, este vorba despre a compune pentru fiecare dintre limbile analitice un dicționar și o gramatică, adică o colecție pe cât posibil completă de cuvinte și de diferite relații care pot exista între cuvinte; vom descoperi apoi, comparând aceste dicționare și gramatici diferite, că fiecare limbă conține numeroase cuvinte, fraze și structuri gramaticale

intraductibile caracteristice limbii în chestiune; după care, în al treilea rând, putem compara diferite limbi pentru a stabili care limbaj constituie modul de exprimare cel mai apropiat pentru a formula un anumit lucru. Pentru a aborda această parte a cercetării, cea mai importantă, este necesar să fi dus la bun sfârșit sarcinile anterioare.

În plus, toate cuvintele au propriile lor rețele de asocieri: unele difuze, altele mai concentrate, unele vagi, extinse și fluide, altele mai degrabă condensate, aproape solide, însă întotdeauna foarte individualizate. Este practic imposibil să găsim în două limbi diferite cuvinte absolut identice. Nu ne lipsesc exemplele pentru această lipsă de corespondență și pentru a ilustra ceea ce vreau să spun voi recurge la anumiți termeni tehnici dificili care sunt folosiți în propria noastră știință. Termenul german *Besetzung* poate însemna în engleză „occupation“, „charge“, „cathexis“⁴⁵; termenii germani *Lust* și *Unlust* sunt pur și simplu intraductibili; cuvântul „pleasure“ în engleză înseamnă ceva cu totul diferit, în timp ce „unpleasure“ este un neologism stângaci; la fel este pentru „pleasurable“ și „unpleasurable“⁴⁶; cuvântul german *Angst* poate însemna „fear“, „anxiety“ și chiar „panic“⁴⁷. Toate aceste cuvinte englezești au propriile lor rețele de asocieri, extrem de diferite de echivalentul lor german. Dimpotivă, cuvântul englez „sentiment“ nu are absolut niciun echivalent în limba germană, iar cuvântul englez „depressed“ are un sens cu totul diferit de echivalentul său german *deprimiert*. Cuvintele englezești „skill“⁴⁸ și „thrill“⁴⁹ nu au echivalente veritabile în nicio limbă europeană pe care eu o cunosc. În fine, germanii nu au termenul „mind“⁵⁰, însă un englez se simte jenat dacă cineva, cu excepția unui preot, îi spune că are un „soul“⁵¹. În engleză, noi vorbim despre „diseases of the mind“⁵²; echivalentul german

Geisteskrankheiten înseamnă „diseases of the spirit”⁵³.

Selbstgefühl și *Selbstbewusst*, concepte cu totul uzuale în limba germană, nu au echivalente în limba engleză din cauza rețelelor de asocieri foarte diferite din cele două limbi. *Selbstbewusst* desemnează o persoană conștientă de calitățile personale, care are o încredere justificată în propriile sale capacități; echivalentul lingvistic englez „self-conscious” semnifică exact contrariul⁵⁴. *Selbstgefühl*, literal, sentimentul pe care îl avem despre noi înșine — pus în valoare printr-o asociere de cuvinte —, înseamnă „pride”, „manliness”, „dignity”, „confidence”⁵⁵. Teoria analitică l-a tradus prin „self-esteem”⁵⁶, ceea ce a condus la o deplasare considerabilă a sensului sub efectul asocierilor proprii cuvântului „esteem”, care este foarte îndepărtat de rețeaua de asocieri care înconjoară cuvântul *Gefühl*, în engleză „feeling”⁵⁷.

Trebuie să adaug că toate exemplele mele sunt luate din corespondența care se stabilește între limba engleză și limba germană; este evident că orice pereche de limbi va arăta probleme similare — și același lucru este valabil pentru limbile a două școli analitice, oricare ar fi ele.

Din păcate — sau din fericire — nu doar cuvântul contează în asocierea liberă, ci, de asemenea, în mod semnificativ, întreaga lui rețea lexicală. Termenii tehnici menționați mai sus sunt exemple bune în acest sens. Freud nu ar fi putut niciodată să-și construiască teoria despre *Besetzung* în engleză, pentru că nu exista niciun cuvânt care să exprime ce voia el să spună. Cunoaștem faptul că „cathexis” a fost inventat pentru a umple acest gol, dar probabil că acest termen nu va deveni niciodată un cuvânt viu. La fel se întâmplă cu *Lust* și *Unlust*. Pe de altă parte, teoria noastră modernă asupra „depresiei” nu a

putut să fie dezvoltată decât în engleză, limbă în care acest cuvânt acoperă un domeniu vag și întins — la fel ca *Besetzung* sau *Abwehr* în germană. Cuvântul german *deprimiert*, cu rețeaua sa strânsă și aproape solidă de asocieri, ar fi descurajat orice încercare de a-l folosi în acest sens de la început.

În consecință, vom avea nevoie pentru fiecare limbă analitică nu doar de un dicționar și de o gramatică, ci, de asemenea, de o colecție a tuturor rețelelor de asocieri care înconjoară fiecare cuvânt. Aceasta ar putea fi sarcina cel mai greu de îndeplinit; chiar și în lingvistică, ramura corepondentă, semnatica este la începuturile sale și a depășit cu dificultate stadiul unei colecții de curiozități. Acest travaliu, totuși, trebuie să fie făcut.

Între timp, mă tem că vom fi obligați să acceptăm toate limbajele analitice; cu toate acestea, este evident că unele dintre ele sunt mai evolute, în timp ce altele se află încă într-un stadiu primitiv și imperfect pe care ele nu îl vor depăși poate niciodată. Totuși, fiecare dintre ele vehiculează elemente importante din experiența analitică și, în măsura în care va fi imposibil să traducem cu toată încrederea și siguranța comunicările făcute într-o limbă dată în oricare altă limbă, va trebui să tolerăm acest fapt.

În acest punct apare în general argumentul următor: Freud ne-a oferit un limbaj relativ bun și practic, pe care toți analiștii îl înțeleg cu ușurință; să facem din el limbajul curent și „clasic“ al psihanalizei și să cerem ca, de azi înainte, orice autor al unei inovații să compună un dicționar și o gramatică care arată clar în ce punct și în ce manieră limbajul său se îndepărtează de cel al lui Freud. Această propunere pare foarte rezonabilă, însă mă tem că ea nu este acceptabilă. Am încercat să arăt în capitolele 1–3 că cercetările clasice ale lui Freud nu au mers mult mai departe decât complexul nuclear, în timp ce toate expresiile

idiomatice „moderne“ se străduiesc să descrie observațiile referitoare la aria defectului fundamental. În consecință, diferitele descrieri ale descoperirilor clinice în limbajul analitic „modern“ nu pot fi comparate cu descrierile „clasice“ ale lui Freud; nu avem niciun „primus“⁵⁸, doar „pares“. Oricât de neplăcut ar fi, acesta trebuie să fie acceptat atât de unii, cât și de alții.

Consecințele sunt la fel de importante pentru practica noastră. Cu siguranță, existența diferitelor limbaje analitice, câteodată incapabile să se înțeleagă între ele, poate fi neglijată atât timp cât travaliul terapeutic rămâne la nivelul oedipian. Noi putem, desigur, să întâlnim câteva dificultăți — cuvinte intraductibile precum *Angst*, *Besetzung*, *Lust*, „depressed“ pe care tocmai le-am exemplificat —, însă ele nu constituie veritabile probleme tehnice. Dimpotrivă, aceste probleme apar de îndată ce travaliul analitic depășește zona limbajului convențional adult și atinge aria defectului fundamental. În această arie, comunicările nonverbale ale pacientului sunt, de asemenea, la fel de importante ca asocierile sale verbale pe care le vom numi „comportament“, „punere în act“, „repetiție“ sau „crearea unei atmosfere“ etc. Apoi, aceste „comunicări“ nu sunt verbale, analistul este cel care trebuie să fie un *interpret* între Sinele adult, conștient al pacientului și pulsionile sale inconștiente. Altfel spus, noi trebuie să *traducem*⁵⁹ pentru el comportamentul său primitiv în limbaj adult convențional permițându-i astfel să îi aprecieze semnificația. În plus, noi trebuie să acționăm nu doar ca interpreți, ci și ca *informatori*. Chiar la nivel oedipian, pacientul nu este întotdeauna conștient sau, în tot cazul, rareori este complet conștient de ceea ce a făcut în situația analitică și, în special, de faptul că un comportament al său a fost sau nu echivalent cu o „punere în act“ sau cu o „repetiție“. La nivelul

defectului fundamental, gradul de conștientizare este și mai vag, și mai incert.

În această situație, rolul nostru se aseamănă cu cel al unui călător care vizitează un trib primitiv a cărui limbă nu a fost încă studiată și ale cărei cutume nu au fost încă observate, cu atât mai puțin descrise în termeni obiectivi. Este sarcina informatorului de a atrage atenția asupra elementelor semnificative ale comportamentului în chestiune și de a le descrie într-un limbaj inteligibil, ținând cont de importanța lor relativă. Această sarcină dublă — informator și interpret — este inevitabilă, fie că intenția noastră este de a contribui la progresul științei, fie, pur și simplu, aceea de a-i ajuta pe pacienții noștri.

Munca de a traduce sensul fenomenelor observate în limbaj adult — fie că este vorba despre un scop terapeutic, fie despre unul științific — este bazată pe prezența unui vocabular adult și a unei gramatici adulte, care nu există decât la nivel oedipian. După cum știm, inconștientul nu are vocabular în sensul pe care îl dăm acestui termen; deși anumite cuvinte există aici, ele nu sunt nici mai mult, nici mai puțin decât orice altă reprezentare de obiect; nu posedă încă funcția simbolică primordială pe care o vor dobândi în limbajul adult. Acestea sunt în mod esențial imagini și sunete care pot, fără mare dificultate, să ia o altă semnificație sau să fuzioneze — așa cum se întâmplă, de fapt, în vise. Se pare că, în inconștient, cuvintele au aceeași lipsă de claritate, de contur și culoare ca imaginile văzute într-un vis, cu diferite tonuri de gri; deși sunt investite cu o mare cantitate de emoții și de afecte temporare, ele nu sunt potrivite pentru folosirea într-un fel clar, definit, concis, așa cum ar fi cazul în limbajul adult.

Următoarea noastră întrebare este ce vom face în practică cu acești pacienți? În ansamblu, analiștii se poartă la fel ca mamele pe care le-am

descriș mai sus. Ei par să nu aibă niciun scrupul referitor la limbajul pe care îl aleg; vorbesc propria lor limbă care corespunde, de fapt, limbii lor materne, căci este cea pe care au învățat-o în copilăria lor analitică. Pe lângă rolul lor de informator și de interpret, ei și-l asumă, de asemenea, pe cel de profesori, și, în consecință, pacienții lor vor învăța inevitabil unul dintre diferitele dialecte ale limbajului analistului. După cum am semnalat deja, există mai multe astfel de limbaje, fiecare școală psihanalitică dezvoltându-l pe al său.

În paginile următoare voi descrie câteva dintre aceste limbaje. Principala mea grijă va fi să studiez în ce manieră ele îl ajută pe analist să-i răspundă unui pacient în stare de regresie și, invers, îi impun limitări în alegerea răspunsurilor sale. În fine, voi încerca să arăt riscurile inerente fiecărui tip de răspuns.

⁴⁵ În română ar fi: „ocupație“, „responsabilitate“, „încărcătură“, „investire“. (N. t.)

⁴⁶ „Plăcere“ și „neplăcere“, „plăcut“ și „neplăcut“. (N. t.)

⁴⁷ „Frică“, „angoasă“, „panică“. (N. t.)

⁴⁸ „Abilitate“, „pricepere“, „dexteritate“, „capacitate“, „competență“, „aptitudine“, „calificare“ etc. (N. t.)

⁴⁹ „Frison“, „tresărire“, „pulsatie“, „înfrorare“, „freamăt“, „tremur“ etc. Este vorba despre o senzație în care se amestecă angoasa și plăcerea. (N. t.)

⁵⁰ În limba română, îl traducem prin termenul de psihic/psihism. (N. t.)

⁵¹ „Suflet“, „inimă“. (N. t.)

⁵² „Boli psihice“, „maladii mentale“. (N. t.)

⁵³ „Boli ale sufletului“, „îmbolnăvire sufletească“. (N. t.)

⁵⁴ „Afectat“, „timid“, „sfios“. (N. t.)

⁵⁵ „Mândrie“, „virilitate“, „demnitate“, „încredere“. (N. t.)

⁵⁶ „Amor propriu“ sau, literal, „stimă de sine“. (N. t.)

⁵⁷ „Sentiment“. (*N. t.*)

⁵⁸ *Primus inter pares* („primul între egali“ sau „primul între cei de același rang“). (*N. t.*)

⁵⁹ În capitolele următoare voi recapitula pe scurt câteva idei pe care le-am dezvoltat în cartea mea „Thrills and Regressions“, în special în capitolele 8 și 11 (Balint, M., 1959).

Tehnica clasică și limitările sale

Anumiți analiști folosesc limbajul „clasic” care datează de la Freud, limbaj care a fost mai întâi bazat pe experiențele aparținând nivelului oedipian; aceste experiențe erau atunci exprimate într-un limbaj adult, curent, ușor modificat. Experiențele „pregenitale” nu sunt cu totul neglijate sau necunoscute de acești analiști, însă ele sunt exprimate în același limbaj adult, adică sunt ridicate la nivelul oedipian.

Altfel spus, acești analiști pot încerca să își limiteze răspunsurile la regresie — și, în primul rând, interpretările — la cele pe care le-au considerat ca fiind eficiente atunci când era vorba despre conflictele de la nivelul oedipian, sperând ca prin această tehnică prudentă să scoată pacientul din starea sa de regresie și să-l atragă din nou, cu ajutorul anumitor părți din interesele sale anterioare, către relațiile triangulare din viața reală, către diferite forme orale, anale și genitale ale sexualității etc. Acești analiști prudenți uită că, adoptând această tehnică, riscă să oblige pacientul fie să rămână la nivelul oedipian pe toată durata tratamentului, fie să-l facă să revină foarte rapid, după perioade foarte scurte de regresie, în alte zone ale psihismului. În cadrul acestei tehnici, majoritatea fenomenelor referitoare la aria defectului fundamental pot fi interpretate ca simptome ale complexului de castrare sau ale invidiei de penis. Aceste interpretări vor fi exacte în măsura în care ele clarifică unul dintre factorii supradeterminanți, însă cum ele îi neglijează pe toți cei care provin din aria defectului fundamental, se vor dovedi, în anumite cazuri, ineficiente pe plan terapeutic. Cu siguranță, acești terapeuți pot obține rezultate apreciabile, însă doar cu pacienți care au fost selectați cu grijă.

O descriere excelentă a posibilelor variante în cadrul tehnicii psihanalitice „clasice“ a fost oferită de R. Loewenstein la al 20-lea Congres Internațional de Psihanaliză la Paris (1958). Partizan loial al tehnicii „clasice“, el a demonstrat cu pricepere suplețea acesteia și adaptabilitatea la situațiile terapeutice extrem de diferite.

La fel ca majoritatea colegilor săi apropiați, el a fost relativ discret cu privire la limitările tehnicii „clasice“, nici nu a spus ce ar trebui făcut cu pacienții a căror maladie este — total sau parțial — inaccesibilă prin intermediul acestei tehnici. El a citat două articole importante referitoare la această problemă. Unul scris de Edward Bibring (1954) care a recunoscut că nevoile anumitor pacienți se situează dincolo de ceea ce este compatibil cu „tehnica clasică“; în cazurile lor, aceste nevoi ar putea fi abordate — eventual cu succes — printr-o formă oarecare de psihoterapie, însă aceasta *nu* poate să fie numită psihanaliză. Acest fapt părea relativ corect. Celălalt articol, al lui K. Eissler (1953), a arătat că „tehnica clasică“, de fapt orice tehnică psihoterapeutică, poate fi înfățișată ca determinată de un anumit număr de „parametri“, precum ritmul ședințelor, durata fiecărei ședințe, situația pe care Freud a numit-o „abstinență“, poziția pacienților în timpul ședinței (pacientul întins și analistul așezat în afara câmpului său vizual), comportamentul general al analistului pe care Freud l-a comparat cu o „oglină bine șlefuită“ etc. Eissler a arătat — foarte corect — că toți acești parametri pot fi modificați de analist, voluntar sau involuntar, însă ne-a avertizat, iar Loewenstein a fost de acord cu el, spunând că anumite modificări sunt ireversibile, ceea ce face ca, odată instalată o schimbare, situația psihanalitică „clasică“ să nu mai poată fi restabilită.

Dacă l-am înțeles bine pe Loewenstein, el a considerat ca fiind în sarcina sa să definească

modificările care sunt permise sau, pur și simplu, pe cele care sunt admise și pe care un analist nu ar fi recomandabil să le testeze. Propun acum să întoarcem situația invers și să ne întrebăm despre consecințele acestei atitudini terapeutice susținute de Loewenstein, Bibring, Eissler și alții. Este o problemă foarte vastă, astfel că nu voi menționa decât trei subiecte în acest domeniu.

Prima este, desigur, selecția, care este o clauză activă ce determină orice limitare a unei tehnici terapeutice. Dacă aceasta din urmă este limitată, anumiți pacienți nu pot să beneficieze de ea și trebuie deci să fie refuzați. Loewenstein și toți colegii săi au avut înțelepciunea să omită sistematic să semnaleze acest fapt neplăcut și să scape de sarcina de a căuta criterii care să realizeze această selecție dureroasă.

Este un fapt de la sine înțeles că analiștii, atunci când selectează un pacient, sunt ghidați nu doar de ideile și de criteriile conștiente și explicit formulate, ci și, de asemenea, de o anumită așteptare inconștientă. Astfel, nu este poate cu totul incorect să spunem că primele întrebări pe care ni le punem privesc mai puțin „curabilitatea” unui pacient, cât „analizabilitatea” sa. În alți termeni, această analiză va fi sau nu satisfăcătoare? Am putea chiar să spunem că una dintre întrebările pe care le punem este aceea dacă pacientul este sau nu capabil să îi ofere satisfacții analistului său. Există cel puțin un domeniu în care se produce probabil ceva de acest fel, este vorba despre selecția candidaților în vederea formării analitice. Voi adăuga faptul că, aparent, aceasta se întâmplă în toate școlile, și nu doar în ceea ce privește tehnica „clasică”.

Firește, aceasta nu înseamnă că selecția este un lucru rău în sine; este aproape sigur că, în realitate, este chiar invers. Aș vrea, pur și simplu, să subliniez că există o interdependență între orice tehnică și criteriile de selecție; ele se determină

reciproc. Am neglijat acest punct fundamental care explică relativa inutilitate a simpozioanelor repetate asupra „analizabilității“, în special în America (1960–1963). O altă cauză posibilă a acestor simpozioane repetate ar fi, poate, nevoia de justificare resimțită de anumiți analiști în ceea ce privește resentimentul lor de a lua în analiză pacienți al căror pronostic este nesigur. Vom repeta aici că — sub rezerva unei selecții atente — rezultatele obținute cu ajutorul limbajului analitic clasic sunt excelente.

Se pune atunci întrebarea strâns legată de această problemă: aceea de a ști cui îi revine sarcina de a elabora „celelalte“ tipuri de psihoterapii neclasice și totuși dinamice la care am putea recurge în cazul pacienților declarați incapabili să urmeze o „analiză clasică“. Trebuie să abandonăm această sarcină, lăsând-o analiștilor „sălbatici“, eclecticilor, psihiatrilor — sau, poate, vindecătorilor cu ajutorul credinței?

Să ne amintim că în trecut a existat un caz în care noi nu am ezitat să ne întindem câmpul de cercetare dincolo de limitele „tehnicii clasice“. Este vorba despre analiza copiilor, în care a trebuit să punem la punct tehnici noi pentru a înfrunta o nouă situație terapeutică. Anumiți parametri ai analizei copiilor diferă fundamental de cei ai „tehnicilor clasice“. Iată un exemplu frapant: în cursul tratamentului unui copil de trei sau patru ani, niciun analist nu poate evita să fie chemat pentru a-l ajuta pe copil în funcțiile sale de excreție, situație aproape de negândit cu un pacient adult și, desigur, în acord cu Eissler, un parametru ireversibil.

În ciuda acestor diferențe de asemenea fundamentale, nu am abandonat analiza copiilor în seama psihologilor și a pedagogilor, ci am luat noi înșine această problemă în sarcina noastră — pentru marele beneficiu al pedagogiei, psihologiei copilului, al psihiatriei infantile și, pe deasupra, al

psihanalizei înseși. De atunci, analiza copiilor a devenit un domeniu special care, cu toate acestea, face parte din câmpul psihanalizei.

Ar fi interesant să întreprindem un studiu istoric — și psihologic — pentru a descoperi motivele care au condus opinia psihanalitică să adopte o atitudine diametral opusă în cazul psihoterapiei de grup. Deși Freud însuși a prevăzut necesitatea unui anumit aliaj al aurului pur al psihanalizei, pentru ca ea să se adapteze psihoterapiei pentru marile mase, și deși majoritatea pionierilor psihoterapiei de grup erau psihiatri calificați, noi, în calitate de corp profesional, am refuzat să ne asumăm responsabilitatea pentru devenirea sa — după părerea mea, în detrimentul tuturor celor care s-au implicat și mai presus de propria noastră știință. În prezent, sunt alții care adună bogăția recoltată în acest domeniu important și noi am pierdut, poate iremediabil, ocazia să obținem observații clinice de primă mână asupra psihodinamicii colectivităților.

Ne întrebăm acum: cum se face că un număr mare de analiști cu o experiență bogată și variată, precum Loewenstein și colegii săi, estimează că este imprudent, chiar periculos să depășim limitele ariei pe care ei înșiși au delimitat-o într-o manieră atât de clară și de convingătoare? Cred că ideile mele oferă un răspuns la această întrebare, chiar dacă există și alte răspunsuri posibile. Tehnica clasică și toate variantele sale permissive presupun existența între pacient și analist a unei relații care poate fi caracterizată ca aparținând nivelului oedipian. Orice variantă este sigură atâta timp cât ea menține relația la acest nivel. Orice măsură tehnică ce depășește cadrul variantelor apreciate de Loewenstein ca fiind sigure permite sau chiar provoacă dezvoltarea de relații terapeutice de un alt fel — chiar de mai multe feluri — care nu au fost încă studiate cu adevărat și care implică, în consecință, anumite riscuri atât pentru pacient, cât

și pentru analist. Pe de altă parte, noi avem certitudinea că există alte relații decât cele de la nivelul oedipian și este evident că unele dintre ele pot, în anumite condiții, să servească unor scopuri terapeutice. Pentru a evita orice neînțelegere, voi adăuga faptul că relațiile observate și studiate în timpul analizei copiilor nu aparțin, în general, celor pe care le amintesc aici; acestea sunt variante simplificate a ceea ce eu numesc relație oedipiană. Vom reveni mai târziu asupra acestui punct.

Se știe faptul că aceste relații neoedipiene pot, eventual, să îi implice atât pe analist, cât și pe pacient în anumite riscuri. Avem, pe de altă parte, anumite cunoștințe în această privință, chiar dacă ele sunt insuficiente. Voi adăuga că Freud, atunci când a abandonat tehnica sa cathartic-hipnotică pentru cea care a fost punctul de plecare al psihanalizei, și-a asumat riscurile — considerabile, cum știm astăzi — ale căror natură și importanță îi erau aproape total necunoscute. Fără îndoială că ar fi fost mai prudent pentru el să nu meargă niciodată pe această cale. Însă ar fi fost mai înțelept?

Un singur succes nu justifică faptul că am putea întreprinde noi aventuri riscante. În plus, ținând cont de legea probabilităților, este foarte improbabil ca un nou Freud să apară în rândurile noastre. Cu toate acestea, ar trebui să lăsăm această sarcină, indiscutabil periculoasă, unui alt grup profesional? În ciuda numeroaselor avertismente puternic fondate, cred că nu trebuie să facem asta.

La ce se referă această sarcină? La studierea celui mai mare număr posibil de relații primitive neoedipiene, pentru a descoperi factorii care permit sau care favorizează dezvoltarea lor; la definirea condițiilor care trebuie respectate pentru ca analistul să fie în măsură să le controleze și pentru ca ele să nu evolueze în mod întâmplător; și, în fine, la folosirea lor ca vehicule pentru

intervențiile terapeutice. Cred că formarea noastră face din noi, analiștii, singurul grup de cercetători abilitați să realizeze această sarcină și, cu siguranță, am pierde dacă ne-am eschiva de la ea.

Unii vor spune că, dacă ne vom aventura în aceste teritorii neexplorate, vom risca să nu găsim nimic aici, și în caz contrar, nu va merita efortul să punem în pericol psihanaliza. Nu sunt chiar atât de pesimist. Aurul pur are calitatea remarcabilă de a rezista în foc și de a fi chiar purificat de acesta. Nu văd niciun motiv pentru care să ne temem pentru părțile esențiale ale științei noastre; și dacă unele zone marginale sunt arse, cu atât mai bine pentru generațiile viitoare, pentru că înseamnă că nu au fost din aur pur.

Riscuri inerente ale interpretării sistematice

Unii analiști, sub influența ideilor lui Melanie Klein, au abordat această problemă cu o atitudine teoretică total diferită. Fiind cu totul conștienți de abisul profund care separă *copilul* din pacient de *adult*, ei au avut totuși impresia că această diferență era insuficientă pentru a o face accesibilă limbajului convențional. Este adevărat că există o diferență fundamentală între psihologia adultului și cea a copilului, însă atitudinea științifică a acestor analiști implică faptul că, folosind cu discernământ noțiunile existente și creând câteva noțiuni noi, limbajul nostru adult este potrivit pentru a aborda chiar și procesele cele mai primitive ale psihismului infantil. Această școală propune două alte ipoteze: (a) în stadiile timpurii ale dezvoltării psihice, pulsunile care derivă din pulsunea de moarte ipotetică au mult mai multă importanță decât în viața adultă și b) aproape toate fenomenele observate la adulți trebuie să fie presupuse ca fiind prezente sub o anumită formă, începând cu prima copilărie, probabil începând cu primele săptămâni de viață. Ei pretind că această ipoteză este confirmată de observarea directă a nou-născuților.

Această școală a construit o teorie foarte elaborată și, în același timp, un limbaj și o tehnică de interpretare care îi sunt specifice. Acest limbaj nou este destul de diferit de limbajul adult obișnuit. Nu trebuie să uităm totuși că limbajul original al lui Freud era, de asemenea, diferit de limbajul obișnuit; însă majoritatea inovațiilor sale sunt admise în prezent ca părți integrante din discursul cultivat și ar putea fi la fel pentru acest limbaj nou. Există, de asemenea, o altă diferență importantă între limbajul lui Freud și cel al noii

școli. În timp ce limbajul lui Freud aborda în mod esențial experiențele trăite la nivel oedipian, această școală și-a fixat în mod deliberat ca sarcină să creeze expresii codificate capabile să descrie experiențe care sunt mai primitive decât cele de la nivelul oedipian.

Deși acești analiști presupun că pacientul în stare de regresie a abandonat relația cu obiectele reale întregi și nu poate să stabilească o relație decât cu obiecte parțiale, ei folosesc un limbaj convențional pentru a comunica cu pacienții; însă ei amestecă aici substantive precum sânul, laptele, conținutul sau interiorul corpului, obiecte parțiale etc., și verbe precum a cliva, a include, a încorpora, a proiecta, a persecuta, a deteriora etc. Sânul, laptele, interiorul corpului au fost la început cuvinte normale, având un sens convențional acceptat, însă ele s-au modificat în mod ciudat cu timpul și, simultan, sensul lor a devenit mult mai întins și mai larg — după părerea mea, ca o consecință a folosirii lor la descrierea fenomenelor aparținând ariei defectului fundamental.

Prin extinderea constantă a semanticii, acești analiști propun, adesea cu succes, să dea nume lucrurilor și experiențelor cărora nu li s-a dat anterior vreun nume și care, din acest motiv, nu au putut fi traduse în cuvinte. Este foarte posibil, de exemplu, să fie sânul sau laptele cel pe care sugarul îl voia, însă el nu cunoștea aceste cuvinte atunci și experiențele sale emoționale nu puteau fi la fel de clar definite, așa cum este sensul convențional adult al cuvintelor sân, lapte sau deteriorat.

Folosind cuvintele în această manieră, analiștii au elaborat un limbaj „nebun” foarte caracteristic, deși oarecum distinct, pe care mulți dintre pacienții lor îl descriu în acești termeni. Publicațiile lor conțin citate în care pacienții folosesc propoziții precum: „Analistul încearcă să inoculeze idei nebune în capul pacientului; pacientul nu a avut

niciodată idei atât de tulburătoare și de nebune înainte de a veni în analiză”; sau, după o interpretare în „profunzime” a analistului, pacientul poate răspunde: „Interpretarea a pus în evidență că analistul este nebun și că analiza este periculoasă, căci pacientul simte în prezent că sunt propriile sale idei nebune, pe care analistul i le-a inoculat pacientului exact la fel cum mama sa, conform reconstrucției analistului, i-a introdus cu forța în el propriul lapte rău provenind din sânul său distrus”.

Aceste descrieri izolate pot părea exagerate și tendențioase, însă le întâlnim periodic în studiile publicate, sub forma pe care am citat-o mai sus. Trebuie să adăugăm totuși că această atitudine amintește de cea a anumitor copii care consideră conversația adulților ca fiind „nebună” pentru că este de neînțeles pentru ei și, în același timp, ei simt că orice încercare hotărâtă de a-i învăța acest limbaj este o modalitate de a le introduce cu forța în minte idei împotriva cărora ei ar fi trebuit mai degrabă să se apere.

Totuși, dacă analistul — sau adulții — rămâne ferm și folosește limbajul într-o manieră sistematică, pacienții — și copiii — capitulează, învățând ceea ce li s-a arătat și adoptă limbajul celor mai mari și al profesorilor. Această interacțiune între un analist consecvent și pacientul său supus are ca efect o „atmosferă” în care anumite evenimente vor trebui inevitabil să se producă. Prin intermediul acestui proces de învățare, pacienții ating, cu siguranță, un grad mai mare de maturitate și ei vor fi capabili să înfrunte anumite situații care îi puneau în dificultate înainte.

Totuși, pacientul, împins de nevoia sa copleșitoare de a fi înțeles, nu doar că învață să folosească limbajul obișnuit al analistului, în măsura în care se servește de acesta pentru a-și exprima asocierile, însă el va trebui să accepte

tacit că analistul nu poate să trateze corect decât experiențele care pot fi cu ușurință verbalizate și a căror intensitate nu depășește un anumit nivel critic. Restul, ceea ce scapă domeniului cuvântului, pacientul nu poate să îl redea decât sub o formă foarte atenuată și inexactă, căci îi este imposibil să îl exprime. (Imposibilitatea de a traduce în cuvinte într-o manieră satisfăcătoare experiențele de o mare intensitate ar putea fi unul dintre motivele care explică de ce cunoștințele noastre cu privire la procesele mai subtile ale orgasmului sunt atât de reduse.)

Rezultatul dovedea că această metodă particulară de învățare era cea mai bună posibilă sau că limbajul adulților, care părea „nebun“ în acea vreme, este universal? A pune astfel această întrebare este echivalent cu a răspunde la ea. Metoda nu este perfectă, ea este pur și simplu eficientă, iar acest limbaj nu este universal, ci doar o metodă locală, folositoare, de comunicare. În plus, faptul că pacienții și copiii au același comportament în timpul învățării sugerează că acest tip de învățare se sprijină larg pe introiecție și identificare. Putem chiar să ne permitem să presupunem că, în cele două cazuri, introiecția și identificarea se fac fără spirit critic. Oricum ar fi, aceasta este impresia profanului atunci când observă candidații în timpul și după procesul de învățare.

Această impresie este apoi întărită de un comportament singular, însă destul de răspândit, al membrilor acestei școli, care par să aibă certitudinea că posedă nu doar un limbaj care în ansamblu permite descrierea fenomenelor „preoedipiene“, adică „preverbale“, ci și, de asemenea, criterii valabile referitoare la modalitatea de a folosi acest limbaj; de a ști când, ce și cum să interpretăm. Interpretările lor — așa cum sunt ele raportate la reuniunile noastre științifice și în literatură — dau impresia că sunt

produsul unui analist încrezător, savant, extraordinar, impresie aparent împărtășită de pacienții lor. Dacă este astfel, această atitudine a analistului ar putea explica, într-o anumită măsură, întreaga agresivitate, invidie și ură care se exprimă în materialul asociativ al pacienților lor, pe de o parte, și, pe de altă parte, de ce ei înșiși par atât de preocupați de introiecție și de idealizare. Acestea sunt cele două mecanisme de apărare cele mai folosite în orice asociere în care un partener oprimat și slab se găsește confruntat cu un partener de o putere zdrobitoare.

O altă trăsătură problematică este relativa lor reticență în a admite existența eșecurilor terapeutice. Fără îndoială, membrii acestei școli au avut suficient de multe cazuri dificile și de eșecuri ca și ceilalți; totuși, este uimitor să constatăm că ele nu au fost menționate deloc în literatura lor. Dimpotrivă, ele par să spună sau să susțină că noul lor limbaj le-a oferit o cheie pentru a înțelege procesele preoedipiene și că, în consecință, un număr mare de dificultăți și de eșecuri ar dispărea pur și simplu dacă toți analiștii ar învăța tehnica și limbajul lor.

Mai departe, în partea a V-a vom putea discuta ansamblul implicațiilor relației particulare dintre pacient și terapeut care caracterizează această școală. Aici pot doar să arăt inegalitatea curioasă care există între analistul plin de încredere, savant, poate chiar extraordinar care își folosește limbajul și interpretările într-o manieră absolut sistematică și pacientul care nu are altă alegere decât să învețe limbajul aparent „nebun” al analistului sau să renunțe la orice speranță de a obține ajutor constituie un indiciu semnificativ că travaliul analitic a atins aria defectului fundamental. Această tehnică acceptă realitatea defectului fundamental, însă, într-o oarecare măsură, ea o atribuie *defectului* pacientului însuși, în termenii a

ceea ce acesta le-a făcut în fantasmă obiectelor sale internalizate.

Cea mai bună modalitate de a caracteriza riscul inerent modului de interpretare pe care îl vom examina este poate expresia „presiunea Supraeului“ creată de Ferenczi (1932, p. 279). Analistul care folosește sistematic această tehnică este simțit de pacient ca fiind un personaj omniscient și infailibil. Datorită acestui fapt, pacientul rămâne cu impresia permanentă nu doar că analistul înțelege totul, dar și că el dispune de mijloace precise și exclusive pentru a exprima totul: experiențe, fantasme, afecte, emoții etc. După ce a depășit ura și ambivalența masivă — după părerea mea, stârnite în mare parte de folosirea sistematică a acestei tehnici —, pacientul învață limbajul analistului și *pari passu* introiectează imaginea idealizată a acestuia. În cazurile favorabile, se pare că se ajunge la achiziția unei structuri psihice uniforme — deși destul de departe de a fi absolută — fără îndoială foarte eficientă, dar care va rămâne, poate pentru totdeauna, puțin stranie și artificială.

Există un alt pericol inerent oricărui mod de interpretare sistematică. Atunci când plângerile, reproșurile și acuzațiile pacientului rămân vagi și nu pot fi legate de ceva specific, este aproape întotdeauna posibil să „analizăm“ faptul însuși de a se plânge — oricare ar fi cauza veritabilă — și chiar să-l analizăm până la obținerea unei dispariții temporare; totuși, pacientul se întoarce întotdeauna cu același fel de plângeri. Acest tip de tehnică îi oferă, probabil, pacientului regresat la nivelul defectului fundamental impresia că analistul încearcă să risipească acuzațiile și reproșurile considerând că ele sunt lipsite de importanță sau că intenționează să le dizolve eficient prin intermediul interpretărilor inteligente și profunde.

Am întâlnit câteva exemple foarte bune ale efectelor secundare involuntare ale acestei politici

în cadrul travaliului nostru de cercetare cu practicienii generaliști și, mai recent, cu specialiștii (Balint, M., 1957, 1961). Majoritatea lor par să resimtă o tendință irezistibilă de a „organiza” plângerile pacienților lor într-o „maladie” pe care am putea-o numi și clasifica, iar medicul, la fel ca pacientul, pare pierdut, chiar dezorientat, dacă aceasta nu se poate întâmpla rapid; invers, atunci când nu este posibil să „organizăm” aceste plângeri într-o „maladie” pe care am putea să o tratăm, îi spunem pacientului că „nu este nimic în neregulă cu el”, fapt care conduce atunci la fricțiuni și la o iritare nesfârșită între un pacient care se simte bolnav și un medic bine intenționat, care nu ajunge să găsească ceva care să poată „organiza” plângerile pacientului într-o boală cinstită. Sub influența modului de gândire medical actual, medicii nu realizează întreaga importanță a simplului fapt că pacientul este *capabil să se plângă* (independent de ceea ce el se plânge) și ignoră potențialitățile imense și unice conținute în relația medic–bolnav care îi permit pacientului să se plângă.

Cred că există aproape aceeași tendință irezistibilă de a „organiza”, care operează la majoritatea analiștilor. Ea ne constrânge să găsim cu orice preț un sens plângerilor pacienților noștri, pentru ca ei să înceteze să se mai plângă. Este adevărat că noi am abandonat — mai mult sau mai puțin — noțiunea de „boli”, însă se pare că suntem conduși de un același impuls de „organizare” a plângerilor și a simptomelor într-un „conflict” sau într-o „poziție” pe care am putea să o numim și să o clasăm cu precizie și care să fie pe cât de „timpurie” sau de „profundă” este posibil în ierarhia noastră cronologică. Este adevărat că noi nu dăm — așa cum o fac medicii — sedative, tranchilizante, antidepresive și alte medicamente pacienților noștri, însă poate că acest fapt face și mai dificil pentru noi să suportăm plângerile pe

care nu suntem în măsură să le alinăm. Pentru a fi capabili să facem ceva în legătură cu ele, pentru a da ceva care să le facă să înceteze, am recurs la interpretări și, dacă acestea nu suprimă plângerile, încercăm să determinăm cine este responsabil de acest fapt: noi înșine, din cauza tehnicii noastre inadecvate; pacientul, din cauza bolii sale incurabile, a destructivității sale, a regresiei sale profunde, a clivajului Eului său și așa mai departe; sau mediul său și, în particular, părinții săi, din cauza lipsei lor de înțelegere, a indiferenței cu care l-au crescut etc.; recent, un vechi țap ispășitor pare să fi resuscitat în acest scop: ereditatea.

Astfel se dezvoltă un cerc vicios: pacientul se plânge, analistul interpretează în sensul care lui i s-a părut eficient atunci când lucra la nivelul oedipian sau „preoedipian”; dar nicio schimbare veritabilă nu apare, iar sentimentele de eșec și de culpabilitate cresc în intensitate, la analist, ca și la pacient, antrenând plângeri noi și noi interpretări frenetice, încă mai inteligente și mai profunde decât cele precedente.

Riscuri inerente ale gestionării regresiei

Un al treilea grup de analiști, mai puțin organizați decât cei de dinainte, dispersați aproape peste tot în lumea analitică, iau, de asemenea, ca punct de plecare prăpastia care ne separă pe noi, adulții normali, de copilul din pacient, însă ei consideră — la fel ca mine, în anumite privințe — că aceasta se datorează unei gestionări greșite a copilului de către adulți, în special de către mamă, în timpul perioadei sale de structurare timpurie. Această gestionare greșită, această lipsă de „ajustare” între mamă și copilul său, poate crea în psihismul acestuia din urmă alterări structurale durabile. După Winnicott, de exemplu, unul dintre efectele cele mai frecvente este un fel de clivaj în Eu; ca răspuns la acest tratament nepotrivit, se creează — probabil prin introiecția mediului indiferent, copleșitor sau inadecvat — un Eu fals sau un Sine fals, pentru a înfrunta lumea indiferentă. Acest Eu fals poate fi extrem de eficient și chiar să reușească în anumite domenii ale existenței, însă el împiedică accesul la Sinele adevărat sau la Sinele real, care astfel rămâne într-o stare de imaturitate, fără contact cu realitatea. Rezultă de aici un sentiment de inutilitate, de vid și de nefericire care durează toată viața.

Această școală, așa cum tocmai am menționat, pune accentul în special pe o „acordare” bună între individul care se simte vulnerabil și mediul său, pe care îl simte ca fiind atotputernic. Adevăratul Eu este, adesea, atât de imatur, atât de puțin obișnuit să se ocupe de problemele vieții reale, încât îi trebuie pentru un anumit timp să găsească mijloace pentru a se proteja de asaltul exigențelor lumii și să introducă o mediere între aceste exigențe și posibilitățile de care dispune individul pe moment.

Orice lipsă de „ajustare“ poate atunci să restabilească Eul fals atât de eficient în funcția sa de „gardian“ în detrimentul adevăratului Sine. Acest travaliu foarte delicat, care constă în a trata, a proteja, a oferi o mediere, a urmări etc., este în general numit „gestionare“ și reprezintă o sarcină suplimentară a tratamentului analitic, poate chiar mai importantă, la acest nivel, decât anumite sarcini mai bine cunoscute cum sunt cele legate de a asculta cu bunăvoință, a înțelege și a interpreta.

Se pare că, doar dacă pacienților li se permite să „regreseze“ — adică să abandoneze siguranța oferită de funcția de „gardian“ a Eului lor fals —, în consecință, doar dacă analistul preia pe cont propriu sarcina de „gardian“, „gestionând regresia“, se poate crea o atmosferă în care interpretarea poate să influențeze și să devină inteligibilă și acceptabilă pentru Eul adevărat. Subliniem faptul că „gestionarea“ de către analist are, desigur, ca revers regresia pacientului; doar pacientul în stare de regresie — care a renunțat provizoriu la protecția oferită de Sinele său adult și, eventual, fals — are nevoie de gestionare.

Totuși, experiența clinică notabilă arată că pacienții în stare de regresie au obiceiul de a dezvolta cereri imperioase care amintesc adesea despre stările foarte apropiate de cele de dependență; vom reveni asupra acestui punct în capitolele 20–22. Pentru acest motiv, gestionarea este întotdeauna o sarcină delicată și precară, dificil de realizat într-o manieră satisfăcătoare pentru un pacient care a regresat.

Pentru a descrie unul dintre aceste aspecte, am putea spune că suferințele interminabile ale pacientului în stare de regresie conduc analistul la preluarea responsabilității de a crea condiții în care nicio suferință inutilă nu îi va fi inoculată pacientului. Cu siguranță, este un mobil profund respectabil, însă experiența arată că, în practică, rareori funcționează.

Există numeroase motive care explică acest rezultat dezamăgitor. Un astfel de răspuns la regresie îi dă, inevitabil, pacientului sentimentul că analistul îi acceptă defectul fundamental ca datorându-se mediului „rău“ și că analistul său are puterea de a structura lumea de așa manieră încât efectul influențelor maligne și dăunătoare să fie considerabil redus. Cum este vorba despre experiențe referitoare la aria defectului fundamental, nu are importanță dacă analistul a făcut declarații explicite sau dacă doar i-a permis tacit pacientului să-i interpreteze comportamentul în acest sens, rezultatele așteptate vor fi aceleași. Aceasta explică, într-o anumită măsură, extraordinara lui dificultate de a preveni apariția unei neînțelegeri cronice, confuzia veritabilă a limbajelor, odată ce regresia a atins aria defectului fundamental.

Atunci când acestei atmosfere i-a fost permisă dezvoltarea, pacientul se va aștepta, inevitabil, să se întoarcă la lumea armonioasă în care el a trăit înainte de „trauma“ care a instaurat defectul fundamental. În această lume, pe care am numit-o iubire primară (vezi capitolul 12), nu trebuie și nu poate să aibă loc un conflict de interese între subiect și mediul său. Desigur, aceasta nu este posibil decât în măsura în care un singur și același eveniment poate satisface nevoile pulsionale ale subiectului și ale obiectelor sale primare, cum este cazul unei mame și al copilului său: a hrăni și a fi hrănit, a îmbrățișa și a fi îmbrățișat; este vorba despre un singur și același eveniment, doar cuvintele folosite pentru a-l descrie sunt cele care diferă.

Într-o anumită măsură, putem considera că aceasta rămâne valabil pentru pacient, ca și pentru analist; în anumite perioade foarte intense ale tratamentului, a analiza și a fi analizat sunt aproape același lucru, până la un punct în care pot fi gratificați ambii parteneri ai relației terapeutice.

Însă această reciprocitate se poate întinde dincolo de o anumită limită dacă analistul poate să funcționeze ca un obiect primar, adică să devină un astfel de obiect, permițând pacientului în stare de regresie să repete în relația terapeutică experiențele sale pretraumatice precoc și menținând această atmosferă suficient de mult pentru ca pacientul să descopere noi căi de dezvoltare care vor evita repetiția traumei originale și vor conduce la cicatrizarea defectului fundamental. Aparent, acest fapt este mai ușor de planificat decât de îndeplinit; posibil, pentru că nevoile pulsionale ale unui adult, oricare ar fi nivelul său de regresie, sunt mult mai complexe decât cele ale unui copil mic, și de regulă realizarea unei identificări perfecte cu aceste nevoi depășește, în general, capacitățile unui analist chiar foarte sensibil și plin de bunăvoință. La nivelul defectului fundamental, orice diferență de acest gen este simțită de pacient ca o tragedie majoră, el retrăind toate dezamăgirile amare care se află la baza defectului său fundamental.

Am avut privilegiul să fiu martorul apropiat al unui experiment de acest fel, unul cu adevărat de mare anvergură — poate primul de acest fel din istoria psihanalizei. El a fost realizat de Ferenczi care, în ultimii ani ai activității sale analitice, a făcut o convenție cu una dintre pacientele sale, pentru a îndeplini acest rol în măsura tuturor posibilităților sale. De exemplu, el i-a consacrat atât timp cât ea i-a cerut, mai multe ședințe pe zi și, dacă era necesar, chiar și noaptea. Cum orice întrerupere i se părea inadmisibilă, el a primit-o în timpul weekendului, iar ea avea permisiunea să-l însoțească pe analistul său în timpul vacanței. Aceste detalii nu sunt decât un exemplu modest cu privire la ceea ce se petrecea cu adevărat. Experimentul s-a prelungit timp de câțiva ani. Atunci când Ferenczi, din cauza bolii sale, a trebuit să renunțe la travaliul analitic cu doar

câteva săptămâni înainte să moară, rezultatele experimentului erau încă ambigue. Starea pacientei, o femeie cu calități deosebite, însă profund tulburată, s-a ameliorat mult, dar nu se putea considera că era vindecată. Îmi aduc aminte că, discutând despre experiențele sale — cazul citat era cel mai îndelungat dintre ele, însă nu singurul —, Ferenczi recunoștea că, într-un sens, era un eșec, însă a adăugat faptul că acest eșec l-a învățat mult și că alții ar putea trage învățăminte de pe urma sa dacă vor înțelege că problema pusă în această manieră era de nerezolvat.

De atunci, eu mi-am asumat această sarcină și am fost martorul eforturilor făcute de alții. În ansamblu, am impresia că există un anumit tip de analist incapabil să reziste unei tentații de acest fel, în special atunci când este vorba despre un pacient care „merită efortul”. Există și alte trăsături constante care caracterizează analistul și pacientul care „merită efortul” și, mai presus de toate, relația lor în timpul și după experiment (Main, 1957); voi reveni în partea a IV-a la unii dintre ei. Aici mă voi limita să spun că în niciunul dintre cazurile în care atmosfera unui „experiment mare” s-a putut dezvolta nu am constatat un succes veritabil. Câteodată, rezultatul era un dezastru și, în cel mai bun caz, obțineam ceea ce Ferenczi însuși a obținut: starea pacientului s-a ameliorat mult, însă nu puteam considera că era vindecat.

Iată în ce fel se dezvoltă ideea care domină „marele experiment”: analistul își dă seama că unii pacienți simt comportamentul său tradițional, de obiectivitate binevoitoare, însă pasivă, ca pe o frustrare nejustificată și insuportabilă, iar tratarea suferințelor care rezultă de aici ca pe oricare alt simptom al nevrozei de transfer nu pare să aducă nicio schimbare. Poate că existau deja anumite îndoieli referitoare la atitudinea constantă de menținere cu orice preț a pasivității sale obiective și binevoitoare; oricum ar fi, el nu mai poate

suporta suferințele și privările persistente ale pacientului său și decide, prin urmare — pentru el însuși sau în acord cu pacientul său —, că există o necesitate de a instaura un regim nou, în care va face ceva în plus, ceva care va merge dincolo de pasivitatea tradițională.

Acest ceva în plus conduce întotdeauna la gratificarea anumitor nevoi regresive ale pacientului său, la un răspuns pozitiv la punerea sa în act. În general, această modificare aduce o anumită ameliorare imediată. Dacă decizia unui regim nou este luată către sfârșitul tratamentului unui pacient al cărui defect fundamental nu este prea dificil, se ajunge ca ameliorarea să încline balanța și ca tratamentul să se încheie cu succes. Câteva experiențe reușite de acest fel încurajează analistul să încerce metoda cu un pacient care „merită efortul”, dar, de data aceasta, cu un pacient grav bolnav și nu către sfârșitul, ci chiar de la începutul tratamentului. Puțin contează că am decis să satisfacem toate nevoile pacientului în măsura în care acestea sunt compatibile cu o concepție foarte elastică a situației analitice, sau că se ajunge la această decizie puțin câte puțin, sub presiunea materialului clinic apărut: „marele experiment” a fost declanșat.

Mai mulți analiști au intenționat să descrie ce se petrece într-un astfel de experiment: în analist, cu pacientul său și în relația lor. Lectura acestor rezumate este întotdeauna foarte stimulantă și emoționantă, însă și melancolică. Sunt deschise perspective imense; posibilitatea este oferită de pătrunderea până în profunzimile nebănuite ale psihismului uman și în potențialul neașteptat al relației umane: însă la sfârșitul lecturii ceva ne scapă și rămânem acolo, intrigati și dezamăgiți. Dintre toate aceste descrieri, cea a lui Ferenczi din „*Note și fragmente*” (1930–1932) mi se pare cea mai revelatoare, ea constituie un fel de jurnal științific ținut de-a lungul „marelui experiment”.

Aceste note erau destinate exclusiv utilizării sale personale, evitând astfel orice elaborare secundară. Ele povestesc despre istoria evoluției pline de speranță, despre complicațiile neprevăzute, ele ne oferă o descriere pătrunzătoare și vie a numeroșilor factori supradeterminanți care modelează procesele terapeutice și, mai ales, ele ne arată un terapeut talentat la lucru, surprizele, speranțele, reflecțiile sale imediate și lupta lui cu problemele dificile. Oricine experimentează pe acest teren va fi imperios sfătuit să le studieze bine înainte de a începe.

Orice cercetător care a studiat acest domeniu are, desigur, unele idei preferate referitoare la acest subiect și, în consecință, își va descrie experiențele sub acest unghi; va rezulta de aici un exemplu nou al confuziei limbajelor analitice. Un cititor conștiincios, adică foarte diferit de mine, va găsi aici un domeniu fecund; confruntând diferite limbaje analitice, el ar putea să pună bazele semanticii psihanalitice comparative. Anumite descrieri se străduiesc să disimuleze sau să scuze rezultatele dezamăgitoare; altele le atribuie unei cauze accidentale și așa mai departe. Ideea mea preferată este că rezultatele reprezintă consecința directă a situației terapeutice pe cale de dezvoltare. Aceasta este, desigur, o relație exclusiv binară specifică și primitivă, și ne oferă, datorită acestui fapt, o ocazie excelentă de a studia procesele referitoare la aria defectului fundamental.

Așa cum am spus, pacientul este întotdeauna o persoană care „merită efortul“, cineva care are mare nevoie de ajutor și — îl merită — semn diagnostic evident al unui contratransfer pozitiv. Analistul, în loc să-și evalueze contratransferul pozitiv, „implicarea sa emoțională“, ca pe un simptom al bolii pacientului său (cf. capitolul 4), îl acceptă ca pe o realitate și decide să acționeze în consecință. Decizia are ca fundal un anumit număr de idei preconceptionale: intoleranța pacientului la

frustrările și limitările inerente situației analitice „normale” este interpretată ca o repetiție, indiciu al unei fixații intense la o situație traumatică. Această ipoteză va fi punctul de plecare al unui dublu efort; pe de o parte, reconstruirea presupusei situații traumatice plecând de la materialul oferit de asocierile pacientului și de la simptomele nevrozei sale de transfer, adică de la repetiție; pe de altă parte, crearea în folosul pacientului a unei atmosfere — modificându-i anumiți parametri reversibili, care *nu* vor acționa ca stimuli ce provoacă repetiții eterne.

Anumiți analiști, printre care și eu însumi, preferă să discute despre toate aceste considerente cu pacientul, pentru a se asigura de cooperarea acestuia. Din păcate, aceasta nu constituie o diferență semnificativă. Motivul este simplu: discuția se desfășoară, în mod necesar, într-un limbaj adult convențional obișnuit, adică la nivelul conflictului oedipian, în timp ce repetiția se produce într-o relație primitivă între două persoane, proprie ariei defectului fundamental. La nivel oedipian, pacientul recunoaște eforturile excepționale ale analistului său și îi promite întreaga sa colaborare; la nivelul defectului fundamental, el nu se poate împiedica să aștepte întreaga satisfacere a tuturor nevoilor sale presante fără să ia în considerare recunoașterea altor interese decât ale sale. La acest nivel, orice frustrare provoacă apariția unor simptome vehemente care totuși slăbesc dacă nevoia în chestiune este gratificată. Din păcate, această gratificare specială, dacă este obținută ușor, își pierde orice valoare deosebită, iar „lăcomia” pacientului este îndreptată către o altă cerere, aparent determinată, la fel de convingător precum cea precedentă, de trecutul pacientului.

Astfel, riscă să se creeze un cerc vicios. Pentru a relua ideile lui Kurt Eissler, anumiți parametri ai situației analitice pot suporta o modificare care

rămâne reversibilă dacă un singur parametru este afectat; însă dacă un al doilea, un al treilea se modifică de asemenea, rezultatul riscă să fie ireversibil. Cu siguranță, cei doi protagoniști ai cuplului terapeutic au un comportament și o modalitate de a acționa rezonabile și justificabile; *ceea ce nu merge este relația între două persoane, care se dezvoltă între ei*. Fapt remarcabil, de aici rezultă o mare cantitate de ură, care apare, în cele din urmă, în transfer, și cum anumiți analiști sinceri o recunosc (Winnicott, 1949), de asemenea, în contratransfer. Sinceritatea crescută, care reprezintă un element esențial al acestor experiențe, are drept consecință o atitudine ciudată a analistului care — așa cum este ea prezentată la reuniunile științifice și în literatura de specialitate — ne pare a fi făcută din justificări, din confesiuni perpetue referitoare la erori, eșecuri și insuficiențe. Deși această atmosferă este aproape diametral opusă celei create de modul de interpretare al celei de-a doua școli de analiști, putem avea impresia că tehnica „gestionării” conduce la aceeași creștere de ură și agresivitate în pacient ca și cea precedentă, dar, poate, cu un grad mai mic de introiecție și de identificare cu analistul idealizat.

O diferență asemănătoare există între cele două școli cu privire la „limbajele” lor. Este adevărat că școala „gestionării” poate fi cu greu numită școală, căci ea, în contrast cu celelalte două anterioare, nu are nici organizare, nici coeziune și, în consecință, ea nu și-a elaborat un limbaj propriu, în ciuda câtorva semne care indică faptul că acesta ar putea să se realizeze sub influența ideilor lui Winnicott.

Desigur, eficiența terapeutică a acestor trei tehnici diferite prezentate în capitolele 16–18 constituie o chestiune crucială. A răspunde la ea este o sarcină și mai dificilă din motive atât obiective, cât și subiective. Oricine aparține uneia dintre aceste trei școli a înțeles bine optica lor

particulară, însă acest fapt este inevitabil pentru cineva marginal ca mine. În plus, este absolut imposibil pentru un marginal să evalueze travaliul terapeutic al unui alt analist, întrucât cineva din afară ignoră pur și simplu faptele. Baza pe care se face această evaluare este, astfel, redusă la impresii subiective parțial create de comunicările verbale și scrise, parțial de contribuțiile la discuțiile științifice și, în cele din urmă, dar nu mai puțin important, de calitatea tinerilor analiști din fiecare școală. Există, indiscutabil, diferențe considerabile în toate aceste privințe, însă până în prezent eu nu am avut curajul să le discut public, cu atât mai puțin în scris.

În locul acestui examen critic, voi întreprinde în partea a patra a cărții studiul propriei mele experiențe clinice referitoare la regresie, așa cum o putem observa în practica analitică privată, apoi, în ultima parte, voi studia tehnicile care mi-au fost utile în aceste situații.

Partea a IV-a

Forme benigne și forme maligne de
regresie

Freud și noțiunea de regresie

Poate fi dovedit cu ușurință că noțiunea de regresie este la fel de veche, dacă nu și mai veche, ca psihanaliza însăși. Aceasta îi poate surprinde pe cei care știu că termenul de „regresie“ a apărut pentru prima dată în ultimul capitol teoretic al *Interpretării viselor* (1900).

A fost o primă apariție discretă. Freud a avut nevoie de acest termen pentru a explica natura halucinatorie a viselor care le diferențiază pe acestea de rememorare. Conform ipotezei sale, procesele care se derulează în psihismul adult au o direcție normală, progresivă, ele debutează cu percepția unor stimuli, merg mai întâi către gândire și apoi către acțiune, care, la rândul ei, tinde să reducă tensiunea provocată de stimuli. Dacă acțiunea este imposibilă sau se dovedește inadecvată, se poate produce o mișcare orientată înapoi, retrogradă sau „regresată“, care, în viața normală și în starea de veghe, se oprește la urmele mnezice. O regresie care trece dincolo de acest punct, către re trăirea elementelor perceptive ale experienței, adică înspre halucinație, reprezintă una dintre caracteristicile psihologice ale visării.

Aceasta, așa cum am spus, a fost o primă apariție discretă. Regresia era prezentată ca un mecanism de apărare minor, cu mult mai puțin important decât refularea. Pentru a ilustra această diferență, regresia este amintită doar o dată, către sfârșitul *Interpretării viselor* și rolul său se reduce la constituirea unei măsuri provizorii, împotriva unui impuls sau a unei dorințe refulate, adică o contribuție minoră la travaliul visului. Totuși, începând cu această perioadă, noțiunea de regresie avea deja un trecut și era destinată să aibă un viitor. Pentru a anticipa puțin această devenire, să spunem că Anna Freud (1936), în lista sa de

mecanisme de apărare, a dat primul loc regresiei, refularea venind într-un plan secund.

În ceea ce privește trecutul acestui concept, este dificil să situăm cu precizie momentul apariției sale, însă pare probabil că acesta a fost stimulat de contactul lui Freud cu Brücke sau Breuer. Breuer, în capitolul teoretic din *Studii asupra isteriei* (1895, p. 189), a folosit adjectivul *rückläufig* (regresiv) pentru a descrie procesele psihologice ale halucinației în sensul precis pe care Freud trebuia să i-l dea cinci ani mai târziu în *Interpretarea viselor*. Pe de altă parte, atât în articolul său publicat „Psihonevrozele de apărare” (1894), ca și în „Manuscrisul H” publicat postum (scris în ianuarie 1895), Freud a prezentat halucinațiile ca pe un mod de apărare împotriva unor idei incompatibile. Deci, incontestabil, noțiunea de regresie ca mecanism de apărare a apărut foarte devreme, însă nu putem determina cu certitudine în care anume moment a apărut, nici dacă ea a fost teoretizată de Breuer sau de Freud.

Ideea conexă, însă mai generală, a regresiei în calitate de factor important al patogenezei nevrozelor, psihozelor, perversiunilor etc. îi revine în întregime lui Freud și a fost dezvoltată mai târziu decât cea precedentă, deși primele indicii ale acestei idei apar începând cu lucrările lui Freud asupra embriologiei, publicate în 1877 și 1878; în a 22-a prelegere din *Introducere în psihanaliză* (1916–1917) el a folosit aceste descoperiri embriologice pentru a ilustra funcția patogenă a regresiei. Însă cuvântul „regresie” nu figurează în primele lucrări ale lui Freud, scrise până la apariția primelor prelegeri, nici în analiza Dorei (1905), nici în „Gradiva” (1907) sau în „Micul Hans” (1909). Primele încercări de formulare a acestei noțiuni psihologice apar în anumite pasaje din prima ediție a celor *Trei eseuri* (1905), însă, doar în a treia ediție (1915) Freud a afirmat explicit că regresia este un important factor patogen. Data

efectivă a acestei schimbări pare să se situeze între 1909 și 1910, fiind marcată de *Cinci prelegeri* (1909) și de articolele asupra „Omului cu șobolani” (1909), „Leonardo da Vinci” (1910) și „Schreber” (1911), perioadă în care Freud dezbătea problema narcisismului. Raportul între aceste două noțiuni, cea a narcisismului și cea a regresiei ca factor patogen, ar fi un subiect interesant pentru un studiu istoric.

Freud a rezumat aspectul teoretic al acestor două funcții ale regresiei — mecanism de apărare și factor patogen — în a treia ediție a *Interpretării viselor* (p. 548), în 1914. El distinge trei aspecte ale regresiei: aspectul topic, temporal și formal. Mișcarea „regresivă” a proceselor psihice, „transformând gândurile în imagini” (p. 544), nu se produce doar în spațiu, adică între diferite instanțe ale aparatului psihic, ci și, de asemenea, în timp, mergând din prezent înapoi către experiențele timpurii. Și, în fine, poate că cea mai importantă caracteristică este observația clinică, aceea că în timpul regresiei experiențele psihice par să se descompună în elementele lor trecute, iar unele forme de experiență mai simple reapar în aparatul psihic.

Această diferențiere între cele trei forme sau aspecte ale regresiei pare clară, convingătoare și definitivă. Însă obținem primul avertisment că lucrurile nu sunt probabil atât de simple pe cât ni se înfățișează când vom descoperi că Freud, în articolul său „Compendiu metapsihologic asupra teoriei viselor” scris un an mai târziu (1917), nu distinge decât două forme ale regresiei, forma topică și forma temporală⁶⁰, și omite complet aspectul formal, care astăzi ar fi, fără îndoială, considerat ca fiind cel mai important.

Întrebarea actuală este: să considerăm această diferență un fapt lipsit de importanță sau să o tratăm — urmând exemplul lui Freud însuși — ca pe un caz uitat, care denotă o antipatie pentru

regresia de tip formal? Se poate ca această antipatie să fi contribuit la evoluția lentă a acestei noțiuni. A trebuit să treacă cel puțin cinci ani pentru ca regresia, în calitate de mecanism de apărare, să vadă lumina zilei; regresiei în calitate de factor în patogeneza i-au trebuit zece sau cincisprezece ani.

În plus, regresia mai are o altă funcție, cu o lungă istorie în spate, la care Freud revine în mai multe ocazii în cursul perioadei următoare (1912–1920): este vorba despre funcția regresiei ca element al transferului, în principal în serviciul rezistenței. Atitudinea lui Freud cu privire la acest fenomen complex — descris în termeni care se suprapun parțial, ca: transfer, punere în act, compulsiie la repetiție și regresie — ar putea fi caracterizată ca fiind una foarte prudentă.

Această atitudine se manifestă deja clar în capitolul tehnic din *Studii asupra isteriei* (1895). Deși Freud nu folosește cuvântul „regresie“, el oferă o descriere vie a formei regresate de transfer ca un „obstacol“. De fiecare dată când Freud, în cursul anilor respectivi, revenea la problema transferului, nu uita niciodată să sublinieze că forma regresată de transfer este cea mai puternică formă de rezistență.

Desigur, transferul constituia un aliat al tratamentului analitic, însă doar sub forma sa adultă, pozitivă și cu inhibarea scopului⁶¹. Pe de altă parte, transferul putea să constituie un pericol foarte grav pentru tratamentul analitic, cel puțin dacă analistul nu reușea să se detașeze de acesta prin interpretările sale: (a) transferul negativ și (b) transferul pozitiv al pulsionilor erotice refulate datorat unei retrairi a relațiilor cu imaginile timpurii, adică cu elementele regresive („Dinamica transferului“, 1912).

În articolul său clasic „Amintire, repetiție și elaborare“ (1914) Freud a recunoscut în întregime că anumiți pacienți erau incapabili să-și

amintească anumite părți din trecutul lor emoțional, însă că ei erau aduși în situația de a le pune în act în relația lor cu analistul; adică transferul trebuia deci să fie considerat și ca o repetiție a trecutului uitat de pacient, trecut devenit inaccesibil prin intermediul oricărui alt mijloc; și Freud a acceptat că această repetiție era parțial indusă de tratamentul analitic însuși, consecință a tehnicii „noi” de asociere liberă. Cu toate acestea, el continua să îi sfătuiască pe analiști să fie prudenți și să nu răspundă la aceste fenomene decât prin interpretări. Acest sfat a fost formulat mai întâi prin termenul de „abstinență” — de exemplu, în articolul său „Remarci despre iubirea de transfer” (1915) și, câțiva ani mai târziu, în comunicarea sa la Congresul de la Budapesta (1918), prin termenul mai puternic de „privare”.

Abstinența și privațiunile pe care analistul trebuie să i le impună pacientului par, mai degrabă, să fie măsuri suficient de riguroase, ele traduc indiscutabil, într-o manieră foarte exactă, ceea ce Freud considera necesar atunci când avea de-a face cu o formă regresată de transfer.

Totuși, dezvoltarea ideilor lui Freud nu s-a oprit aici. Pasul următor a constat în recunoașterea în forma regresată de transfer a unui simptom al puternicei compulsii la repetiție de a extinde această noțiune în domeniul biologiei și, pe această bază, de a postula existența unei pulsioni de moarte al cărei scop permanent era regresia, adică de a întoarce starea prezentă la o stare care a existat altădată; iar în ultimele analize, de la viață către moarte („Dincolo de principiul plăcerii”, 1920).

În această comunicare, ceea ce contează este să notăm cele două fenomene care servesc la ilustrarea puterii „compulsiei la repetiție”: comportamentul copiilor în timpul jocului și cel al pacienților în transfer, în special în transferul regresat.

Ne găsim aici confrunțați cu o dilemă: dacă regresia în transfer este un simptom al compulsiiei la repetiție, adică dacă este determinată de forța pulsionii de moarte, încercările noastre de a le impune pacienților abținerea și privațiunile vor avea cea mai mică șansă de succes? Pe de altă parte, avem dreptul, plecând de la faptul că, într-un anumit număr de cazuri, tratamentul analitic al pacienților în stare de regresie se încheie printr-un succes, să concluzionăm că forța pulsionii de moarte nu este, poate, atât de copleșitoare în cele din urmă? Nimeni până în prezent nu a pus aceste întrebări și, cu siguranță, nici Freud.

Regresia are încă o altă funcție: cea de aliat în cura analitică. Din câte știu eu, Freud nu a tratat decât o singură dată acest subiect, însă, de această dată, într-o manieră categoric pozitivă. Este vorba — la fel de surprinzător pe cât ar putea părea — despre un pasaj din „Despre istoria mișcării psihanalitice” (1914, p. 53). Așa cum am afirmat mai sus, termenul de „regresie” nu figurează în analiza Dorei, însă zece ani mai târziu, în eseul său istoric, Freud a arătat cu o precizie admirabilă eșecul tuturor încercărilor făcute pentru rezolvarea prin analiza directă a efectelor patologice ale unui traumatism, și el a trebuit să îi permită Dorei să facă „un ocol lung care ne-a purtat prin prima copilărie”, înainte ca o soluție a conflictului în cauză să devină posibilă. El a încheiat studiul acestui caz arătând cât de eronată era recomandarea de a „neglijă regresia în tehnica analitică”. Totuși, în ciuda acestei declarații, nu cunosc niciun pasaj în scrierile lui Freud în care el să trateze mai detaliat problemele regresiei terapeutice și nu pe cele ale regresiei defensive sau patogene. În plus, Freud afirma explicit, chiar înainte de pasajul citat, că a observat deja regresia în timpul tratamentului atunci când Breuer și el însuși au folosit metoda cathartică: „Am descoperit procesul psihic caracteristic nevrozei pe

care mai târziu l-am numit «regresie»“ — și apoi a continuat, dintr-o suflare, ca să spunem așa, cu exemplul analizei Dorei. Astfel, este stabilit cu certitudine că observația referitoare la importanța regresiei în calitate de factor terapeutic este la fel de veche, dacă nu și mai veche decât analiza însăși.

Situația a devenit acum mai degrabă încurcată. Regresia în timpul tratamentului a fost recunoscută ca un factor important al terapiei în primele cazuri tratate prin metoda cathartică, această observație a fost confirmată de analiza Dorei și, cu siguranță, de altele la fel de bine. De asemenea, avem probe tipărite că noțiunea teoretică de regresie este una dintre cele mai vechi noțiuni; și totuși ea a trebuit să aștepte până în 1900 pentru a fi publicată și mai mult de zece ani pentru a-i fi cu totul recunoscută întreaga sa importanță în calitate de factor patogen. De atunci, ea a făcut o carieră spectaculoasă, însă doar în aspectele sale peiorative, în calitate de formă redutabilă a rezistenței, apoi ca simptom al compulsiilor la repetiție și, în fine, ca fiind cea mai importantă manifestare clinică a pulsiei de moarte. Pe de altă parte, rolul său de aliat terapeutic nu a fost menționat decât o dată, în trecere, apoi a fost aparent uitat sau eclipsat de aspectele sale amenințătoare. Voi reveni la această aparentă inconsecvență în capitolele 22 și 23.

În consecință, sfatul lui Freud despre felul în care să tratăm regresia în timpul terapiei analitice era deci perfect consecvent — poate cu o excepție temporară; și încă ezităm să o calificăm astfel. Recomandarea sa a fost că, oricare ar fi nivelul regresiei pacientului, analistul trebuie să-și mențină obiectivitatea obișnuită, pasivă și binevoitoare și să nu răspundă la dorințele și aspirațiile pacientului decât prin interpretări ale acestora. În articolul său „Remarci despre iubirea de transfer“ (1915) Freud a afirmat că nu este recomandabil să meargă dincolo de aceasta,

deoarece cazurile în care această politică eșuează se vor dovedi, de regulă, nepotrivite pentru analiză. Această politică de a nu răspunde este exprimată de declarația: „Tratamentul trebuie să se desfășoare într-o stare de abținere sau de privare“.

Și acum să luăm în considerare excepția discutabilă. Spre sfârșitul Primului Război Mondial, la puțin timp după analiza sa cu Freud, Ferenczi a întreprins acele experimente tehnice care, în prima lor fază, au fost numite „tehnica activă“ și au fost în întregime susținute de Freud. În această etapă, Ferenczi a avut ca principiu director ideea că, la un moment dat, analistul trebuie să-i propună pacientului să se expună la situații sau chiar să producă intenționat situații care vor conduce la o creștere considerabilă de tensiune internă. El a așteptat de aici două lucruri: pătrunderea în conștiință a unui impuls sau a unei pulsii până atunci refulate transformă un simptom de neplăcere într-o satisfacție, sursă de plăcere, și deschide calea pacientului către asocieri flotante. Freud, în comunicarea deja menționată, făcută la Congresul de la Budapesta (1918), a revendicat pe drept cuvânt paternitatea ideii originare care a fondat aceste inovații tehnice și a citat două dintre experiențele sale: (a) pacienții sever agorafobi ar trebui într-un moment potrivit al tratamentului lor să fie încurajați să se expună la situația temută și (b) în anumite cazuri, cum ar fi cel al Omului cu lupi, analistul trebuie să fixeze un termen pentru încheierea tratamentului. El a confirmat constatările lui Ferenczi conform cărora, dacă intervenția se întâmplă în momentul potrivit și într-o manieră potrivită, rezultatul va fi un progres important al tratamentului.

Sper că am arătat clar motivele pentru care am numit acest procedeu tehnic ca fiind o excepție discutabilă. Pe de o parte, el poate fi considerat ca o extensie logică a regulii abținerei sau a

privării; aspirațiile și dorințele pasionate nu sunt satisfăcute, ci, dimpotrivă, pacientului îi este impus un grad mare de tensiune. Pe de altă parte, este evident că aceasta înseamnă a face mai mult decât a interpreta pur și simplu transferul regresat sau nu atât de regresat al pacientului; aceasta înseamnă abandonarea obiectivității pasive și binevoitoare, pentru a răspunde la ceva din pacient, într-o manieră specifică. În plus, în lumina a ceea ce am învățat, de la experiențele lui Ferenczi și de dinainte, ne putem întreba dacă această creștere a tensiunii în pacient ajunge efectiv la o privare, așa cum se intenționează, sau la ceva cu totul diferit.

Totuși, elanul produs de progresul psihic astfel realizat a fost suficient în anumite cazuri pentru a acționa până la sfârșitul tratamentului analitic; în alte cazuri, din păcate în majoritatea, elanul se epuiza și pacientul suferea o recădere. Freud a prevăzut această eventualitate și, odată convins de experiența caracterului precar și imprevizibil al succesului, el a abandonat această idee și ea nu a mai apărut în scrierile sale după 1918.

Ferenczi a avut aceleași experiențe ca Freud, însă natura foarte primitivă a reacțiilor pacienților săi la intervențiile sale l-a impresionat atât de mult, încât a decis să își întindă cercetarea variindu-și intervențiile, continuând travaliul analitic. El a descoperit astfel că traumele infantile patogene, atunci când erau reactivate de tratamentul analitic, păreau să aibă — pentru a folosi o expresie modernă — o structură bifazică.

În prima fază, copilul pare să fi suferit o traumă printr-o suprastimulare sau substimulare din partea mediului său, adică de la obiectele sale adulte cele mai importante; în a doua fază, atunci când copilul încerca să obțină de la aceiași adulți reparație, consolare sau o simplă înțelegere, aceștia — sub efectul propriilor lor sentimente de culpabilitate conștiente sau inconștiente — trebuiau să nege

orice participare la etapa precedentă, arătând prin cuvintele și prin comportamentul lor că ei nu înțelegeau cu adevărat întreaga agitație sau, pentru a ne exprima în termenii noștri: acești adulți, deși erau foarte amabili și obiectivi, arătau cu claritate că nu erau implicați. Ferenczi a trebuit să accepte în fața pacienților săi că repetiția situației traumatice provocată printr-o intervenție activă și apoi observarea evenimentelor cu detașarea binevoitoare obișnuită semănau mult, prin structură, cu trauma originală și a ajuns la concluzia că tehnica analitică clasică, incitându-l pe pacient să își amintească sau să reproducă trauma originală, în timp ce analistul rămânea pe poziția sa de pasivitate obiectivă și binevoitoare, putea, în anumite cazuri, să creeze stări asemănătoare celor provocate de intervenția activă („Note și fragmente“ 4.11.1932, în *Contribuții finale*⁶², 1955).

Ajuns în această etapă, următorul pas i-a apărut lui Ferenczi ca fiind de la sine înțeles. Dacă trauma originală consta într-un exces sau o substimulare din partea mediului, urmată de neînțelegerea și de indiferența din partea acelorași persoane, tratamentul trebuia să aibă ca scop: (a) să îl ajute pe pacient să regreseze la situația traumatică, (b) să fie atent la gradul de tensiune pe care pacientul putea să-l suporte în această stare și (c) să mențină tensiunea aproape de acest nivel, răspunzând pozitiv la aspirațiile, poftele și nevoile pacientului. Întâmplător, această cercetare a furnizat primul studiu aprofundat asupra relației medic–pacient și a permis descoperirea a ceea ce în zilele noastre este numită tehnica interpretării contratransferului (Ferenczi, 1930, 1931 și 1932).

În acest moment, dezacordul dintre Freud și Ferenczi a atins un prag critic. Freud prezicea faptul că satisfacerea necondiționată a tuturor nevoilor unui pacient în stare de regresie se dovedește a fi o sarcină irealizabilă, că o

ameliorare obținută în această manieră ar dura doar atâta timp cât analistul ar putea și ar dori să rămână la ordinele pacientului său și, în fine, că majoritatea pacienților săi, chiar a celor a căror stare s-a ameliorat, nu vor deveni niciodată cu adevărat independenți.

Controversa dintre Freud și Ferenczi nu a fost niciodată rezolvată. Ferenczi a murit înainte de a-și încheia ultimele experiențe. Moartea analistului este întotdeauna un eveniment foarte traumatizant pentru un pacient și cu atât mai mult pentru un pacient în stare de regresie profundă. Nu vreau să spun prin asta că, dacă Ferenczi ar fi trăit suficient de mult, toate rezultatele sale ar fi fost acceptate; însă susțin că nu putem, în aceste condiții, să răspundem la o chestiune despre valoarea experimentelor sale printr-un simplu da sau nu, bazat pe observații clinice referitoare la ultimul său grup de pacienți. Voi reveni la acest subiect în capitolul 23.

⁶⁰ Îi rămân îndatorat lui James Strachey pentru că mi-a atras atenția asupra acestei diferențe particulare, cât și asupra mai multor detalii privind primele apariții ale ideii de regresie.

⁶¹ Această idee a fost expusă mai târziu de E. Bibring sub forma de „alianță terapeutică” (comunicare făcută la Congresul din 1936).

⁶² *Final Contributions*. (N. t.)

Simptomatologie și diagnostic

În concluzie, Freud ne învață că, pe plan clinic, regresia poate avea patru funcții: (a) funcția de mecanism de apărare, (b) de factor în patogeneză, (c) cea de formă puternică de rezistență și (d) funcția de factor esențial în terapia analitică.

În această parte voi studia doar un sector mic din domeniul complex al regresiei, cel al fenomenelor observabile în cursul unei analize. Această restricție exclude, practic, regresia în calitate de mecanism de apărare, căci halucinațiile grave sunt, mai degrabă, rare în practica mea ambulatorie. În plus, studiul regresiei în calitate de factor patogen va avea, datorită acestui fapt, un caracter limitat și oarecum unilateral. Motivul este acela că în cursul unei analize regresia este tratată ca un fenomen simplu tranzitoriu; ea este tolerată, însă nu se presupune că pacientul se poate instala în ea considerând-o o soluție acceptabilă. Văzută din acest unghi, regresia în funcția sa patogenă apare mai puțin ca un eveniment din trecut, cât ca un proces dinamic din prezent; ea apare sub ochii noștri, pune stăpânire pe situație, pe care o conduce un anumit timp, apoi abandonează susținerea altor puteri, de exemplu realitatea, și apoi dispare. Cele două funcții pe care un analist le poate observa cel mai frecvent în timpul tratamentului sunt regresia ca formă de rezistență și regresia ca alianță terapeutică.

Am intenția să divizez studiul acestui domeniu în trei subcapitole. Mai întâi, simptomatologia și diagnosticul regresiei. Chestiunile relevante aici vor fi: ce anume constituie regresia în timpul analizei și care sunt criteriile de diagnostic diferențial? Se prezintă ea sub o singură formă sau sub mai multe forme și care sunt aceste forme diferite? Al doilea grup de întrebări privește

dinamica regresiei. Care sunt evenimentele esențiale din timpul unei faze de regresie și care este semnificația specifică a fiecăruia dintre ele? Și, în fine, al treilea grup de întrebări se îndreaptă către tehnică și tratament. Acest ultim grup nu va fi abordat aici, căci am intenția să discut în detaliu despre el în partea a V-a. Problema este de a decide dacă regresia va avea un efect patologic sau unul terapeutic. Dacă acest rezultat este determinat sau, pur și simplu, influențat de evenimente externe, prin ce mijloace analistul ar putea să se asigure că regresia pacientului său va fi terapeutică și că orice pericol cu privire la o regresie patologică va fi îndepărtat?

Propun să începem cu primele mele experiențe clinice din acest domeniu. Caracteristicile următoare se regăsesc aici constant: la un moment dat al tratamentului analitic, după o interpretare aparent exactă, s-a produs o schimbare neașteptată și pacientul a încercat să introducă în situația analitică, cu titlu experimental, o formă de satisfacere primitivă sau o formă de relație de obiect simplă, până atunci imposibilă, neplăcută sau respingătoare din punctul său de vedere. Dacă aceasta era interpretată în maniera obișnuită, cu obiectivitate binevoitoare, nu se producea nicio evoluție vizibilă. Însă, dacă analistul accepta și răspundea la ea, se instala imediat un progres psihic acompaniat de o evoluție terapeutică notabilă.

Această diferență semnifică faptul că pacientul și analistul făceau puțin mai mult, în plus față de — dar nu în locul — ceea ce se întâmplă într-un tratament analitic „clasic“.

Să luăm acum un caz concret: în a doua jumătate a anilor 1920, am început tratamentul analitic cu o tânără femeie seducătoare, vioaie și cochetă, de aproape treizeci de ani. Principala sa plângere era o incapacitate de a realiza ceva. De mai mulți ani, ea își încheiase cu succes studiile

universitare, însă nu reușea să își ia licența. Ea plăcea bărbaților și mulți dintre ei o căutau fie pentru căsătorie, fie pentru o aventură, însă ea se simțea total incapabilă să le răspundă. Puțin câte puțin, am realizat că această incapacitate de a răspunde era legată de o frică paralizantă de incertitudine ori de câte ori era nevoită să își asume un risc, adică să ia o decizie. Era foarte atașată de tatăl său, un bărbat energic, destul de obsesional și foarte sigur; ei se înțelegeau și se respectau reciproc; dimpotrivă, relația cu mama sa, o femeie destul de timidă, pe care o simțea neîncrezătoare, era în mod deschis ambivalentă.

Ne-au trebuit aproape doi ani pentru ca aceste corelații să capete un sens pentru ea. În timpul acestei perioade, am interpretat că, aparent, ceea ce conta cel mai mult pentru ea era să nu-și piardă capul și să se păstreze cu picioarele pe pământ. Drept răspuns, ea a menționat că, încă din copilăria mică și în ciuda multiplelor încercări disperate, ea nu a reușit niciodată să facă un salt acrobatic, deși, în anumite perioade, încercase cu disperare. Atunci am spus: „Și acum?” — după care ea s-a ridicat de pe divan și, într-o stare de mare amuzament, a făcut un salt acrobatic perfect, fără nicio dificultate.

Aceasta s-a dovedit a fi o adevărată descoperire. Au urmat numeroase schimbări în viața sa emoțională, socială și profesională, toate în direcția unei libertăți și a unei flexibilități mai mari. În plus, ea s-a preocupat să obțină aprobarea pentru a se prezenta la un concurs de certificare profesională foarte dificil pe care l-a luat, s-a logodit și s-a căsătorit.

La vremea respectivă, în practica analitică, era un fapt obișnuit ca tratamentul să fie întrerupt în momentul căsătoriei, însă, doi ani mai târziu, ea a revenit pentru o nouă tranșă de analiză care a durat în jur de paisprezece luni. Urmarea cazului, care se întinde pe aproape treizeci de ani, arată că pacienta

a fost capabilă să ducă o viață normală, în ciuda numeroaselor bulversări și a dificultăților considerabile cărora a trebuit să le facă față: ocupația germană, războiul, asediul rusesc, ocupația rusă, trecerea la regimul comunist, revoluția etc. Breșa realizată psihic a produs rezultate acceptabile care au rezistat bine la trecerea timpului.

Care este termenul diagnostic adecvat pentru a descrie saltul acrobatic, evenimentul crucial, în istoria acestui caz? Mai întâi, aş dori să propun o descriere clară care, sper, ar putea să fie acceptată fără prea multă dezbateră. Pentru o femeie tânără, de treizeci de ani, a face un salt acrobatic reprezintă, cu siguranță, apariția unei forme infantile, primitive de comportament după ce forme mai evolute, mai adulte s-au stabilizat deja de la sine. Aici se află o modalitate corectă, însă sinuoasă, de exprimare a lucrurilor pe care teoria analitică o înlocuiește prin patru termeni care coincid într-o mare măsură: transfer, punere în act, repetiție și regresie. În cazul care ne interesează, toți patru sunt parțial corecți, parțial falși.

Indiscutabil, saltul acrobatic a fost o punere în act, însă ce anume a fost astfel pus în act nu este foarte clar. De asemenea, se înscrie în transfer, dacă ceea ce înțelegem prin transfer cuprinde ansamblul situației analitice. Dacă totuși intenționăm să folosim termenul în sensul său propriu, respectiv transferul asupra analistului, plecând de la un obiect primar, nu este sigur că ar putea să se aplice exemplului nostru. Întâlnim același fel de dificultate cu privire la repetiție și la regresie. Nu putem repeta decât ceva ce am făcut cel puțin o dată înainte; și, fără îndoială, nu putem regresa decât la ceva ce a existat cel puțin o dată înainte. Însă, așa cum lasă să se întrevadă istoria acestui caz, pacienta mea nu fusese niciodată capabilă să facă un salt acrobatic. Ar fi deci o contradicție logică să numim repetiție sau regresie

primul salt acrobatic din viața sa. Totuși, în ciuda acestei contradicții, mă voi folosi de termenul regresie pentru a arăta cu mai multă precizie apariția, ca răspuns la tratamentul analitic, formelor primitive de comportament și de trăire, după ce forme mai evolute s-au stabilizat deja.

De altfel, această absență a unui diagnostic diferențial corect, adică acest obicei care constă în a desemna, fără a preciza, prin termenul „primitiv” tot ceea ce pacientul produce în situația analitică, *ipso facto*, drept transfer și/sau regresie, se află la originea unui număr mare de concepții greșite și a compromis progresul cercetării în acest domeniu. Voi încerca să clarific anumite detalii aici și acum, însă nu sunt prea încrezător cu privire la viitoarele mele presupuneri. Este mult mai ușor să începem cu un obicei greșit nou decât să restaurăm unul vechi.

În plus, există întotdeauna o serie de stări clinice care au asemănări multiple cu regresia și care sunt confundate adesea cu ea din acest motiv, deși structurile lor dinamice sunt fundamental diferite. Cea mai comună dintre ele este *retragerea* sub presiunea contactului cu analistul sau cu mediul. O formă specifică a acestei stări a fost descrisă de Winnicott (1958) ca fiind capacitatea de a rămâne singur în prezența altcuiva. O persoană aproape în întregime absorbită în aria sa de creație poate produce impresia unei retrageri. Aceste stări pot fi de scurtă durată sau pot dura câțva timp; ele pot fi patologice sau absolut normale; și, în cele din urmă, regresia poate să fie prezentă aici, într-o anumită proporție, poate fi chiar importantă. Totuși, consider că este convenabil să distingem aceste stări de regresia propriu-zisă.

Acesta este cazul, de asemenea, unui alt sindrom clinic foarte apropiat pe care l-am putea numi *dezintegrare*, în care o structură superioară, mai complexă, este plasată în afara stării de funcționare, fenomen care antrenează apariția,

chiar reapariția formelor mai primitive de funcționare și de trăire. O formă patologică este schizofrenia evolutivă; o formă aproape normală este reprezentată de dispariția genitalității la bătrânețe. Aceste două stări prezintă un anumit număr de trăsături autentic regresive și le-am putea eventual cita ca fiind cazuri de „regresie în calitate de factor patogen“. Dar, chiar dacă acceptăm natura regresată a acestor stări de dezintegrare, aceste forme ar trebui să fie diferențiate de regresia observată în timpul analizei.

Să revenim acum la cazul meu: acest episod s-a produs în jurul anului 1930. Folosind teoria pulsionilor și psihologia Eului, cele două teorii care erau dominante în acea vreme în psihanaliză, puteam să pretind că ceea ce am obținut în cazul meu a fost: (a) am crescut tensiunea în pacienta mea oferindu-i posibilitatea de face un salt acrobatic aici și acum, adică expunând-o la situația amenințătoare; prin acest mijloc (b) am permis irumperea unei pulsioni al cărei rezultat a fost satisfacerea încărcată de plăcere a unei nevoi sau pulsioni până atunci inhibată de refulări; (c) paralel cu sau începând cu această experiență, Eul său a devenit mai puternic.

La acea vreme, concepțiile noastre teoretice erau pe cale să evolueze progresiv, în special la Budapesta, și beneficiau de o atenție concentrată aproape exclusiv pe vechea teorie a libidoului și a pulsionilor, cât și pe psihologia recentă a Eului, pe recunoașterea importanței relațiilor de obiect. Este dificil să oferim o dată precisă acestei schimbări. Ea a fost, mai întâi, anunțată de Ferenczi în capitolul 3 din *Thalassa* (1924), „Stadii în dezvoltarea sensului erotic al realității“, a primit un impuls nou din cauza rezultatelor dezamăgitoare obținute prin tehnica sa activă și prin studiul intens al relației pacient–analist; însă această evoluție nu s-a afirmat cu adevărat decât după 1928, odată cu publicarea celor două articole

ale lui Ferenczi „Problema sfârșitului analizei“ și „Elasticitatea tehnicii psihanalitice“.

Sub influența acestei noi orientări am înregistrat, de asemenea, schimbările intervenite în relațiile de obiect ale pacientei. Este adevărat că progresul psihic a avut ca rezultat o ridicare a refulării; o funcție a Eului care fusese inhibată, distonică pentru Eu, era în prezent eliberată și, odată debarasată de investirea sa erotică secundară, a fost integrată în Eu ca sursă de plăcere. Dar, este de asemenea adevărat că progresul obținut în situația analitică, adică în cadrul unei relații de obiect, i-a permis astfel pacientei să descopere noi feluri de a iubi și de a urî. Aceasta era echivalent cu o descoperire, și de atunci relația pacientei cu obiectele sale de iubire și de ură a devenit mai liberă și mai reală.

Pe această bază extinsă am creat conceptul de *nou început* pentru descrierea unui număr de experiențe clinice asemănătoare cu cea prezentată aici. Am notat un anumit număr de puncte caracteristice, după părerea mea, unui nou început (Balint, M., 1932 și 1934). Această listă a fost o primă încercare de a stabili simptomatologia clinică a unei regresii benefice în timpul analizei. Intenționez să studiez în capitolele următoare cum s-a modificat această listă, în lumina experienței mele clinice din ultimii treizeci de ani.

- 1) În timpul perioadei de creștere a tensiunii, adică înainte de satisfacerea nevoii, simptome foarte impresionante și zgomotoase și-au făcut apariția; apoi a intervenit o schimbare care a dus la un sentiment de bunăstare calmă și liniștită, și dacă acesta nu era luat în considerare cu atenție, putea scăpa observației.
- 2) Intensitatea satisfacerii, procurată de activitățile relevante ale noului început, nu atinge niciodată nivelul plăcerii finale.
- 3) Toate începuturile noi se produc întotdeauna în transfer, adică într-o relație de obiect, și conduc

la o modificare a relației între pacient și obiectele sale de iubire sau de ură, ceea ce duce la o reducere considerabilă a angoasei.

- 4) Începuturile noi conduc, de asemenea, la schimbări caracteriale. Astăzi, această aceeași observație clinică ar fi descrisă ca o schimbare intervenită la nivelul Eului. Și, în fine, cel mai important:
- 5) Noul început înseamnă: (a) reîntoarcerea la ceva „primitiv“, la un punct anterior începutului unei evoluții viciate, pe care am putea-o descrie ca o regresie și (b) simultan, descoperirea unei căi noi, mai potrivită, care echivalează cu un progres. În cartea mea *Thrills and Regressions* (1959) am numit ansamblul acestor două fenomene fundamentale: a regresa pentru a putea progresa.

Acum, să revenim la cazul meu. Admițând că progresul psihic a fost un factor important al unui rezultat bun terapeutic, ne aflăm în situația de a căuta modalitatea de a-i înțelege dinamica. Acest rezultat favorabil se poate datora faptului: (a) de a obliga conștientul — sau Eul — să ridice o parte a refulării și să accepte o nevoie instinctuală ca sintonică pentru Eu și ca sursă de plăcere; (b) să întărească Eul, lărgindu-i limitele, în detrimentul Se-ului; și (c) să creeze pentru pacient condițiile unui nou început sau, dacă preferăm, unei regresii.

Desigur, am putea să susținem că factorul decisiv care se află la baza unui rezultat terapeutic bun constă în travaliul analitic care a precedat episodul citat și perlaborarea corectă care i-a urmat. Episodul însuși, deși impresionant, rămâne insignifiant, în afară poate de faptul că el a oferit pacientei și analistului său o detensionare inofensivă, în cursul unui travaliu dificil. Este dificil să răspundem la acest raționament pe baza unui singur succes. Succesul poate fi atribuit oricăruia dintre factori sau oricărei combinații de factori; succesul nu poate, practic, să dovedească

validitatea unei presupuneri tehnice. Sugerez, în consecință, să suspendăm provizoriu orice judecată și să ne continuăm cercetarea.

CAPITOLUL 21

Gratificări și relații de obiect

S-a întâmplat, dacă îmi aduc eu bine aminte, în momentul când Ferenczi a murit, în mai 1933, sunt mai mult de treizeci de ani de atunci. Conform opiniei generale a acelor timpuri, experiențele lui Ferenczi au arătat că a răspunde poftelor unui pacient în stare de regresie era o greșeală; aceasta cauzează tulburări nesfârșite și inutile atât pentru pacient, cât și pentru analist și a fost o atitudine oricum condamnată de Freud. O anumită perioadă, am încercat să reiau problema, arătând că această condamnare masivă a fost, în cele din urmă, incorectă și neproductivă (Balint, M., 1934, 1935, 1937, 1949, 1951 etc.). Ceea ce îmi doream era o reevaluare critică — și nu o acceptare fără critică — a ceea ce era valabil în ideile elaborate la Budapesta sub conducerea lui Ferenczi. Nu a existat nicio reacție. Eșuând, nu mi-a rămas decât să-mi continui travaliul clinic și să testez validitatea acestor idei prin alte experiențe. În ultimii ani, anumite semne m-au făcut să mă gândesc că această atitudine generală a evoluat destul de puțin, deși aș putea să mă înșel. Deci, voi încerca din nou.

Printre fenomenele de nou început enumerate la sfârșitul capitolului 20, trei dintre ele mi se par a fi promițătoare, adică demne să facă studiul unei cercetări suplimentare. Cel mai uimitor dintre aceste fenomene este satisfacerea primitivă însăși; apoi, al doilea, variațiile bruște de intensitate ale atmosferei analitice, o cerere pasională de gratificare în timp ce nevoia nu era satisfăcută și o dispariție aproape completă a oricărei pasiuni imediat după satisfacere; și, al treilea, condiția absolută că toate acestea trebuie să se producă în situația analitică, adică într-o relație de obiect.

Să începem cu aspectul gratificării. Nu există nicio îndoială că ceva trebuie satisfăcut, însă este destul de dificil să identificăm acest ceva ca derivând dintr-o pulsione parțială. Aceasta se poate face în anumite cazuri cu prețul unei concesi — de exemplu, în cazul pacientei mele care a făcut un salt acrobatic. O altă pacientă — de asemenea, un tratament care a durat aproximativ douăzeci și cinci de ani — manifesta, într-o anumită perioadă a tratamentului, dorința și nevoia să se țină de un deget de-al meu și aceasta a durat mai mult timp. Cu puțin efort am putut găsi — sau crea — o pulsione de agățare pentru a explica gratificarea observată în acest caz. Un alt pacient, un bărbat de data aceasta, a trebuit să își ia mai multe săptămâni de concediu medical în timpul perioadei de nou început. Este dificil să spunem dacă avea sau nu o boală în acel moment; el nu era capabil să lucreze, își petrecea majoritatea timpului în pat și avea nevoie de îngrijiri, însă venea regulat la ședințele de terapie — nu a lipsit la niciuna. Cam în aceeași perioadă el a cerut ședințe suplimentare, în special în weekend, sau mi-a cerut să îi telefonez. Mi-ar fi dificil să conectez aceste satisfaceri cu vreo pulsione parțială, însă este clar că cei trei pacienți aveau nevoie de un anumit tip de relație simplă permisivă (*gewährend*) cu mediul lor, respectiv cu obiectul cel mai important pentru ei în acea vreme, analistul lor.

Pentru a reveni la problema diagnosticului diferențial, am constatat, în cele trei cazuri citate, apariția unor forme primitive de comportament și de trăire după ce forme mai mature se consolidaseră cu fermitate de la sine; acest fenomen ne-am propus să îl numim regresie. Această regresie a dus la apariția dorințelor și a poftelor la care, în cele trei cazuri, analistul a răspuns pozitiv, adică satisfăcându-le. Țin să subliniez că satisfacerea nu a înlocuit interpretarea, ea a fost în plus. În anumite terapii, interpretarea a

precedat satisfacerea, în altele, ea a urmat-o, în funcție de nevoile situației.

Către anii 1930, am început să conștientizez că satisfacerea cerută și obținută de pacient în timpul perioadei de nou început, deși era oarecum evidentă, nu era totuși esențială; poate că nu era decât un mijloc de a ajunge la un anumit scop. Important era ca ea să ajute pacientul să se elibereze de unele forme de relație complexe, rigide și constrângătoare pe care le avea cu obiectele iubirii și urii sale — forme numite la acea vreme trăsături de caracter — și să instaureze forme mai simple, mai puțin constrângătoare. În primul meu caz, de exemplu, în punctul culminant, analistul nu era simțit de pacientă ca fiind un obiect adult, stimulator, excitant sau inhibant, în prezența căruia o doamnă tânără s-ar gândi să facă salturi acrobatice, ci era ca un obiect stabil, în prezența căruia un pacient putea și avea dreptul să-și permită plăceri infantile. De altfel, nu mă deranjează exprimarea aceleiași diferențe în limbajul conflictului oedipian triangular sau într-unul din limbajele oarecare preoedipiene: oral, anal, falic etc. În plus, este aproape sigur că oricare dintre aceste expresii se va dovedi corectă în descrierea uneia dintre numeroasele supradeterminări ale acestei diferențe.

Pentru a caracteriza atmosfera specifică perioadei de nou început am folosit adjectivul german *arglos* care, la fel ca *Lust* sau *Besetzung*, nu are echivalent în engleză. Dicționarul îl traduce prin asocierile: „sincer, inocent, simplu, inofensiv, natural, încrezător“, termeni dintre care niciunul nu corespunde sensului adevărat al cuvântului. Pentru a-l exprima am avea nevoie de un cuvânt care să descrie o constelație în care un individ să simtă că nimic rău nu emană de la el însuși în direcția mediului său. Terminologia noastră analitică ar putea să ne vină în ajutor oferindu-ne adjective precum: preambivalent, prepersecutor

sau preparanoid. Însă acești termeni au defectul de a fi prea sofisticati pentru a descrie atmosfera simplă, încrezătoare și clară care caracterizează această perioadă. Ceea ce pacientul experimentează în transfer este faptul că, în sfârșit, este capabil să se debaraseze de tot felul de scuturi de apărare și de armuri și să simtă că viața a devenit mai simplă și mai adevărată — o descoperire autentică.

Toate acestea diferențiază starea de nou început de regresie, un proces în întregime intrapsihic, în timp ce regresia observată de mine în cursul analizei — noul început — aparținea, pentru a folosi un termen modern, domeniului psihologiei bipersonale. Cum dezvoltarea relațiilor de obiect nu era un subiect la modă la vremea respectivă, descoperirile mele nu au fost remarcate, în ciuda comunicărilor mele repetate (Balint, M., începând din 1932).

Mai întâi, am acceptat noțiunea de „iubirea obiectuală pasivă” introdusă de Ferenczi (1924) pentru a descrie această relație primitivă. Ferenczi considera că viața amoroasă are ca scop veritabil să fii iubit, orice altă activitate observabilă nefiind decât o divagație, un mijloc indirect pentru atingerea acestui scop. Această idee părea plină de promisiuni și putea efectiv să explice un anumit număr de atitudini primitive referitoare la obiectele de iubire atât la nou-născuți, cât și la adulți. Pe termen lung, s-a dovedit că acest concept de iubire obiectuală pasivă era lipsit de susținere. Observarea mai atentă a pacienților în faza de nou început a scos la iveală importanța covârșitoare a perioadelor calme și liniștite, de satisfacere, precum și speranța de a fi iubiți și gratificați de mediul lor; însă ea a arătat, de asemenea, o căutare activă a contactului cu mediul. Ținând cont de această activitate de netăgăduit, el a trebuit să abandoneze termenul de „iubire obiectuală pasivă” și, începând cu acest moment, am folosit

termenul de iubire obiectuală primitivă sau primară sau termenul de relație de obiect primară (Balint, M., 1937).

Trebuie să admit totuși că această exprimare s-a dovedit, de asemenea, nepotrivită. Pe măsură ce capacitatea mea de observare s-a îmbogățit și abilitatea mea de ascultare s-a rafinat, am putut învăța din contactul cu pacienții mei — așa cum am concluzionat în capitolul 12 — că a existat o fază suplimentară care a precedat apariția obiectelor primare (Balint, M., 1957, 1959). Această fază am putea să o numim faza mediului nediferențiat, faza substanțelor primare sau — o exprimare oarecum stângace — faza amestecului armonios prin întrepătrundere (Balint, M., 1959). Pentru a repeta ceea ce am dezbătut în detaliu în capitolul 12, cel mai bun exemplu al acestei stări este oferit de relația pe care o avem cu aerul care ne înconjoară. Este dificil să spunem dacă aerul pe care îl avem în plămâni sau în intestine este al nostru sau nu este al nostru; aceasta nu are, pe de altă parte, nicio importanță. Noi inspirăm aerul, extragem ce avem nevoie din el, apoi introducem în el ceva de care vrem să ne debarasăm, îl expirăm și nu ne mai preocupăm dacă aerului îi convine asta sau nu. El trebuie să fie acolo pentru noi într-o cantitate și de o calitate suficientă; și cât timp este acolo, relația dintre el și noi nu poate fi observată sau poate fi, dar doar cu mare dificultate; dacă totuși ceva interferează cu aerul sau îl substituie, simptome impresionante și zgomotoase își fac apariția, la fel ca la bebelușul nesatisfăcut sau la pacientul nesatisfăcut în timpul primei faze de nou început.

Aerul nu este un obiect, ci o substanță, la fel ca apa sau laptele. Așa cum am afirmat deja, există alte câteva substanțe de acest fel — nu multe —, printre care elementele filosofilor presocratici: apa, pământul și focul; să mai adăugăm câteva care sunt folosite în clinicile pentru copii, precum

nisipul și apa sau plastilina. Ele se caracterizează, în special, prin indestructibilitate. Putem construi un castel cu nisip umed, apoi să îl dărâmăm, nisipul va fi întotdeauna acolo; putem opri cu degetul jetul de apă care curge dintr-un robinet, însă de îndată ce luăm degetul, jetul reapare și tot așa.

Rolul analistului în anumite perioade de nou început seamănă în multe privințe cu rolul substanțelor sau obiectelor primare. El trebuie să fie acolo; trebuie să aibă o anumită suplețe, nu trebuie să opună prea multă rezistență; cu siguranță, trebuie să fie indestructibil și să îi permită pacientului să trăiască împreună cu el într-un fel de întrepătrundere armonioasă. Știu că toate acestea par puțin comice și mă aștept la un număr convenabil de glume bine țintite, care comentează această tehnică nouă; însă aș putea invoca în apărarea mea faptul că încerc să pun în cuvinte experiențe care aparțin unei perioade care este cu mult de dinainte de — sau dincolo de — descoperirea cuvintelor și chiar cu mult înainte de apariția obiectelor, în armonia imperturbabilă a substanțelor benefice.

Conform experienței mele, regresia în cursul analizei — prima fază de nou început — vizează să stabilească o relație de obiect similară, în structura sa, cu relația primară. Evident, nu este posibil decât dacă analistul își dă seama că asta se întâmplă, dacă el recunoaște că acest fapt corespunde unei necesități de moment și acceptă această dorință ca fiind parte a procesului terapeutic, fără să încerce să îi inhibe derularea prin comportamentul sau prin interpretările sale.

Aceasta este partea pozitivă a situației. Din păcate, există, de asemenea, părți negative și vreau să le examinez în capitolul următor.

Diferite forme de regresie terapeutică

Până în acest moment, am relatat doar despre pacienți care au trecut cu succes printr-o regresie terapeutică, fapt care ar fi putut crea impresia că, în opinia mea, regresia era tot ceea ce conta într-un tratament analitic dificil și, chiar mai mult, că recomandările repetate ale lui Freud de a fi prudenți atunci când avem de-a face cu o formă regresată de transfer nu au avut o susținere clinică prea mare, în timp ce ideile tehnice ale lui Ferenczi se aflau pe drumul cel bun și doar moartea sa prematură l-a împiedicat să dovedească aceasta. Pentru a risipi impresiile false, să ne întoarcem la observațiile clinice.

Cu câțiva ani în urmă, (Balint, M., 1952) tratam la un anumit nivel problema acelor pacienți care, deși capabili de regresie, nu erau în stare să atingă starea de *arglos*, de încredere, care este o precondiție absolut necesară pentru un nou început și, drept urmare, tratamentul lor a trebuit să fie încheiat cu un rezultat parțial. Deși aceste rezultate au fost relativ acceptabile, ele erau inferioare celor obținute după un nou început corespunzător. Pentru mai multe detalii, trebuie să trimit cititorul la publicația originală.

Potrivit experienței mele, pacienții — cu excepția cazurilor de succes parțial datorate incapacității cuplului pacient–analist de a atinge domeniul unui nou început — se împart în două categorii; în anumite tratamente, nu avea loc decât o perioadă sau cel mult câteva perioade de regresie sau de nou început după care, în mod spontan, pacientul ieșea din lumea lui primitivă și se simțea mai bine sau chiar era vindecat — așa cum a anticipat Ferenczi; în timp ce în cazul altora părea că ei nu ar putea primi niciodată destul; de îndată

ce una dintre dorințele sau nevoile lor primitive era satisfăcută, ea era înlocuită de o dorință sau de o pofță nouă, cu aceeași urgență imperioasă precum cele anterioare. În anumite cazuri, acest proces a condus la dezvoltarea unor stări adictive care erau foarte greu de gestionat și câteodată deveneau — conform predicției lui Freud — refractare la orice tratament.

Am găsit câteva explicații ale acestei diferențe importante în al treilea grup de fenomene care aparțin simptomatologiei perioadei de nou început — primele două grupuri fiind reprezentate de forme primitive de gratificare și de schimbări în relația de obiect. Fenomenele pe care le abordăm în prezent sunt schimbările neașteptate de intensitate în atmosfera analitică sau în transfer. Atâta timp cât acest nivel de profunzime nu este depășit, simptomatologia clinică pare relativ simplă. În timp ce tensiunea pacientului crește, adică satisfacția sperată se lasă așteptată, simptome impresionante și zgomotoase se dezvoltă și persistă; de îndată ce satisfacția așteptată este obținută, simptomele zgomotoase dispar și doar o observație foarte atentă poate detecta la pacient semnele unei stări de bine, calmă și liniștită. Aceasta a fost posibil când am putut reveni la mijlocul anilor 1930 și, desigur, am făcut o paralelă evidentă între aceste observații și schimbările care se produc cu nou-născutul înfometat atunci când foamea sa este potolită.

Totuși, mi-am dat seama curând că această paralelă, deși plauzibilă, era validă doar în limitele psihologiei unipersonale. Pentru a clarifica gândirea mea, permiteți-mi să mă întorc la precursora tuturor terapiilor analitice — la tratamentul domnișoarei Anna O. realizat de Breuer. Câteva trăsături constant repetitive de regresie sunt deja evidente în istoria acestui caz, deși nici Breuer, nici Freud nu par să fi recunoscut natura lor fundamentală; cel puțin, nu există nicio

dovadă publicată în acest sens. Domnișoara Anna O. nu avea acces la amintirile sale refulate în starea normală de veghe, doar într-o transă hipnotică, care este o stare mai primitivă (regresivă). Apoi, există faimoasa scenă finală, chiar înainte de terminarea terapiei, în care ea și-a aranjat camera așa cum era camera tatălui ei bolnav; astăzi acesta ar fi numit un caz de punere în act.

Relația dintre pacientă și terapeutul său în această perioadă devenise mult mai primitivă decât cea dintre doi adulți normali. Această relație modificată avea o caracteristică izbitoare: deși terapeutul a dobândit o importanță primordială pentru pacientă, aceasta era totuși incapabilă să se îngrijească pentru el sau să-și mărturisească interesul — el trebuia pur și simplu să satisfacă așteptările pacientei — exact ca într-o relație cu obiectele primare. De exemplu, Breuer, care era un medic foarte ocupat, a trebuit să facă în fiecare zi câte două vizite, cu o durată considerabilă, pacientei sale și aceasta a durat destul de mult timp.

Un alt aspect al situației îl reprezintă recompensele foarte mari primite de terapeut. Având în vedere că el a fost capabil să vină în întâmpinarea cererilor pacientei, i-a fost permis să observe și să înțeleagă anumite secrete intime și revelatoare ale psihismului uman și să simtă că ajutorul lui era important. Mai mult decât atât, nu trebuie să uităm că domnișoara Anna O. i-a oferit lui Breuer în dar metoda „tratamentului prin cuvânt” și, aproape sigur, de asemenea, descoperirea transferului; și dacă el nu a știut să recunoască întreaga valoare a ceea ce a primit, nu este vina ei.

Este o imagine destul de obișnuită la acest tip de pacient. Atât timp cât așteptările și cererile pacientului sunt satisfăcute, terapeutului îi este permis să observe fenomene foarte interesante care

se dezvăluie și, pas cu pas, pacientul său se va simți mai bine, va fi capabil de apreciere și recunoștință. Aceasta este una dintre fețele monedei dar există, de asemenea, și reversul ei. Dacă așteptările nu sunt sau nu pot fi satisfăcute, vor urma suferințe sau insulte interminabile, sau ambele. Odată ce această situație s-a instalat de la sine, analistului îi va fi foarte dificil să reziste puterii ei, să-l scoată pe pacient sau pe el însuși din ea, și încă și mai dificil să încheie relația. Adesea, sfârșitul este ori tragic, ori eroic.

Această situație tragică este determinată de mai mulți factori. Unul dintre ei este natura regresiei care, la rândul ei, este determinată de caracterul, structura Eului și boala pacientului; celălalt este reacția analistului la pacientul său aflat în stare de regresie, reacție motivată de tehnica sa, adică de contratransferul său. Dacă, așa cum am văzut în capitolul 16, analistul urmează conștient instrucțiunile clasice ale lui Freud, este puțin probabil ca el să fie expus la asemenea situații periculoase; dar prețul care va fi plătit pentru aceasta ar putea fi un număr de analize eșuate ale pacienților care poate că ar fi putut fi ajutați prin intermediul unei tehnici mai suple. Deoarece nu orice regresie sfârșește într-un mod tragic, măsura în care restricționăm gama reacțiilor noastre crește măsura în care ne restricționăm potențialitatea de a învăța ceva din compararea cazurilor încheiate, reușite și nereușite.

Din această tehnică rezultă, de asemenea, o limitare a teoriei noastre. În capitolul anterior am arătat cum Freud și, urmându-l pe acesta, aproape întreaga literatură analitică au tratat regresia ca pe un fapt intrapsihic, un fenomen aparținând domeniului psihologiei unipersonale. Această simplificare nu este valabilă decât dacă analistul își restricționează studiul la cazurile de regresie în care reacția mediului este neglijabilă sau guvernată de instrucțiunile lui Freud. Dacă aceste restricții nu

sunt considerate ca fiind absolut obligatorii, regresia apare ca un fenomen aparținând câmpului psihologiei bipersonale, determinată de interacțiunea subiectului și obiectului, adică dintre pacient și analist.

Întorcându-ne la observațiile clinice, aflăm că la anumiți pacienți regresia conduce la aceste situații precare sau tragice; la alții, întreaga atmosferă este total diferită. La ei — așa cum am menționat la începutul acestui capitol — s-a instalat doar o perioadă de regresie, ceea ce s-a dovedit a fi un adevărat nou început; la alții, mai multe astfel de perioade. La anumiți pacienți, ca în cazul domnișoarei Anna O., această experiență părea interminabilă. Un fel de cerc vicios s-a dezvoltat; de îndată ce anumite „pofte“ ale pacientului erau satisfăcute, apăreau pofte și „nevoi“ noi care cereau să fie satisfăcute, conducând, în cele din urmă, la dezvoltarea unor stări apropiate de cele adictive (Balint, M., 1934, 1937, 1952). Pentru a diferenția aceste două tipuri clinice, am putea să le numim forma benignă și forma malignă de regresie.

Desigur, prima mea idee era aceea că pacienții cu forma malignă de regresie erau cei care prezentau o disproporție importantă între forța pulsionilor lor și cea a Eului lor; fie pulsunile lor erau prea puternice chiar pentru un Eu normal, fie Eul lor era prea slab, încât nu era capabil să le facă față cu ajutorul unui echipament pulsional normal. Consider că — dacă teoria mea era corectă — forma malignă de regresie s-ar manifesta prin provocarea unor simptome excesiv de supărătoare, asemănătoare celor pe care ne-am aștepta să le întâlnim la un copil răsfățat sau la un adult cu o psihopatie severă. Totuși, această anticipare s-a dovedit corectă doar într-un mod limitat, așa că a trebuit să caut un alt criteriu de diagnostic.

Există încă o diferență fundamentală. În anumite tipuri de regresie — sau de nou început —

pacientul pare să aibă ca scop obținerea unei gratificări. Această dorință este atât de intensă, încât invadează întreaga situație analitică, excluzând orice altceva. Consider că această formă este cea care i-a sugerat lui Freud termenul de „poftă“. Dacă forma de gratificare cerută de pacient era, de regulă, pregenitală, intensitatea ridicată a cererii nu putea să nu conducă la suspiciuni; în anumite cazuri, nu în toate, efectul analizei confirma mai mult sau mai puțin aceste suspiciuni; intensitatea ridicată se dovedea a fi un semn al naturii genital-orgasmice a acestor dorințe. Acesta este un punct important la care vom reveni la sfârșitul acestui capitol.

În plus, așa cum am menționat deja, aceste regresii se produc întotdeauna în situația analitică, adică într-o relație de obiect. De asemenea, gratificarea așteptată sau cerută de pacient nu este niciodată autoerotică, ea trebuie să vină din mediu; ceea ce înseamnă că trebuie să fie inițiată de un eveniment din lumea exterioară, un eveniment în care analistul este, vrând-nevrând, profund implicat. De fapt, ea depinde de consimțământul său pasiv sau de participarea sa activă — aceasta este la latitudinea sa — fie că acest eveniment exterior va avea sau nu loc, fie că așteptările sau „nevoile“ pacientului vor fi gratificate sau frustrate. Totuși, există un alt tip de regresie, adevăratul nou început care depinde în aceeași măsură de implicarea profundă a analistului; dar în acest tip accentul nu este pus atât de mult pe schimbarea așteptată în lumea externă. Deși participarea lumii exterioare a analistului rămâne esențială, evenimentul care contează se produce în interiorul pacientului însuși.

Pentru a ilustra acest ultim tip, voi cita un alt caz al meu care a fost deja folosit în altă parte (Balint, M., 1960). „Pacientul, care la acea vreme era analizat de aproximativ doi ani, a rămas tăcut chiar de la începutul ședinței timp de mai mult de

30 de minute; analistul a acceptat și, înțelegând ceea ce era probabil pe cale să se întâmple, a așteptat fără să încerce să intervină în vreun fel; de fapt, el nu s-a simțit nici inconfortabil, nici obligat să facă ceva. Voi adăuga că, în acest tratament, tăcerile se instalaseră anterior în mai multe ocazii, iar pacientul și analistul aveau deci un anumit antrenament în tolerarea lor. Tăcerea a fost, în cele din urmă, întreruptă de pacient, care a început să suspine ușurat și, curând după aceea, era capabil să vorbească. El i-a spus analistului său că, după mult timp, a putut să se regăsească; încă din copilărie el nu fusese niciodată lăsat în pace; exista întotdeauna cineva care să-i spună ce trebuie să facă. Câteva ședințe mai târziu, el a relatat că în timpul momentelor sale de tăcere el făcea tot felul de asocieri, însă le respingea pe fiecare ca fiind irelevante, ca fiind simple neplăceri plictisitoare. “

Pentru a evita orice neînțelegere, voi relua aici propunerile mele de clarificare a terminologiei referitoare la acest câmp complex. Sper că nimeni nu va contesta faptul că evenimentul povestit aici se referă la ceea ce noi numim transfer și constituie un caz de punere în act. Vom admite, de asemenea, că ceea ce s-a întâmplat corespunde apariției unei forme primitive de comportament după ce forme mai evolute se instalaseră deja. Consider că am putea, de asemenea, accepta cu oarecare reticență că tehnica adoptată, ridicându-i anumite inhibiții sau chiar anumite refulări pacientului, l-a ajutat să realizeze o integrare mai bună. Dar, putem numi acest episod o regresie sau o repetiție? Răspunsul meu este același aici, la fel ca în cazul anterior cu saltul acrobatic, respectiv că, logic, nu se poate. Se poate repeta ceva doar dacă acel ceva a existat cel puțin o dată înainte; și, în ansamblu, același lucru este valabil pentru regresie. În locul acestor doi termeni înșelători, sugerez să numim acest episod un „nou început” sau o nouă descoperire, conducând la o relație

diferită, mult mai satisfăcătoare cu un obiect important. Episodul seamănă mult în această privință cu cel al saltului acrobatic. Diferența constă în absența aparentă a oricărei acțiuni și, din acest motiv, a oricărei gratificări pulsionale manifeste, așa cum era ea prezentă în cazul anterior.

Pentru a exprima această diferență importantă sub o altă formă: nimic nu s-a produs în lumea exterioară, în afara faptului că el a rămas calm, lăsând pacientul în pace. Acest lucru, la rândul său, i-a permis pacientului să progreseze în viața sa interioară, să recunoască faptul că unele dintre modalitățile sale obișnuite, automate, de experimentare a lumii exterioare și de relaționare cu ea erau — cel puțin în această situație particulară — inutile, nefondate și fără sens. Această descoperire a dus spre un nou început. În locul formelor vechi de relație, automate, el poate acum să înceapă ceva nou și diferit, care ar putea conduce la stabilirea unei relații mult mai satisfăcătoare cu obiectele importante.

Pe de altă parte, din cauza absenței acțiunii, care a putut fi înțeleasă și apoi interpretată, cererile făcute tehnicii analistului erau considerabile aici, față de cazul cu saltul acrobatic. Analistul trebuia să înțeleagă, fără cuvinte, ceea ce aștepta pacientul de la el și să se conformeze acestei așteptări, adică să îi acorde pacientului, fără rezerve, fără să se folosească de cuvinte, forma de relație de care acesta avea nevoie. Voi adăuga că, din alte puncte de vedere, acest caz este perfect tipic. Înțeles și satisfăcut, pacientul se arată recunoscător, s-a însănătoșit și i-a oferit analistului său un material mai interesant; dacă nu ar fi fost înțeles și gratificat, el ar fi continuat să sufere în tăcere și s-ar fi simțit disperat. Mai mult, dacă analistul ar fi interpretat tăcerea pacientului ca pe un simptom al rezistenței sau ca pe o punere în act (interpretări sau cereri corecte), el s-ar fi aflat în situația de a-i

spune pacientului ce trebuie să facă, devenind astfel complice la punerea în act a acestuia, fără să aibă cea mai mică șansă de a înțelege ce îl făcea să fie astfel.

Dacă cele două cazuri ale mele de regresie benignă sau de nou început sunt, în multe privințe, asemănătoare cazului de regresie malignă al Annei O., există, cu toate acestea, o diferență importantă care sper că este bine ilustrată în materialul clinic. În una dintre forme, regresia vizează gratificarea exigențelor pulsionale; ceea ce pacientul caută este un eveniment exterior, o acțiune din partea obiectului său. În cealaltă formă, pacientul așteaptă mai puțin o gratificare din partea unei acțiuni externe, cât un consens tacit pentru a se folosi de lumea exterioară într-o manieră care îi va permite să se descurce cu problemele sale interioare — ceea ce pacientul meu a descris ca fiind „capabil să se regăsească pe sine“. Deși participarea lumii exterioare, adică a obiectului, este esențială, această participare este cu totul diferită; în ciuda faptului că ea nu interferează cu viața interioară a pacientului și nu îi provoacă acestuia tulburări inutile (două aspecte importante), aspectul principal al participării așteptate de pacient constă în recunoașterea vieții sale interioare și a personalității sale unice. Pentru a diferenția cele două tipuri, aș propune să o numim pe prima „regresie care are ca scop gratificarea“ și pe a doua „regresie care are ca scop recunoașterea“. Fără îndoială că cele două expresii sunt inexacte și oarecum nepotrivite, însă nu aș putea găsi ceva mai bun.

Aceste observații evidențiază o paralelă interesantă cu alte serii de observații sau, poate, mai corect, permit deducții despre substanțele sau obiectele primare veritabile (vezi capitolul 12). Gratificarea din partea evenimentelor sau acțiunilor din lumea externă presupune existența unei lumi, o lume care este deja constituită din

obiecte întregi sau din obiecte parțiale, bine dezvoltate și, în consecință, regresia pacientului nu a depășit, desigur, cu mult nivelul preoedipian narcisic-falic. Literatura de specialitate conține multe relatări excelente referitoare la natura pasionată a dorințelor, fantasmelor și a comportamentului pulsional al copiilor în aceste perioade timpurii; în special cu privire la copiii care au fost anterior supuși unor experiențe traumatice care — imediat sau mai târziu — au condus la tulburări nevrotice serioase, cum ar fi imensa dificultate de a satisface poftele copiilor care suferă din cauza acestor dorințe sau „nevoi“ violente, tendința lor de a dezvolta stări adictive, cum ar fi, de exemplu, masturbarea compulsivă, înclinația lor de a răspunde la seducția sexuală și, în fine, predispoziția către dezvoltarea unor stări isterice de felul punerii în act. Am menționat mai sus îndoielile mele referitoare la autenticitatea noului început al anumitor pacienți din cauza naturii excesiv de pasionate a cererilor lor. Precizez faptul că toți acești pacienți aparțin categoriei pe care tocmai am descris-o.

Celălalt tip, regresia care are ca scop recunoașterea, presupune un mediu care acceptă și consimte să susțină și să poarte pacientul așa cum pământul sau apa susțin și duc omul care le încredințează greutatea sa. Spre deosebire de obiectele obișnuite, în special obiectele umane obișnuite, nicio acțiune nu este așteptată din partea acestor obiecte sau substanțe primare; totuși, ele trebuie să fie acolo și să consimtă — tacit sau explicit — să fie folosite, condiție necesară pentru ca pacientul să poată realiza o oarecare schimbare: fără apă este imposibil să înoți, fără pământ este imposibil să te miști. Substanța, analistul, nu trebuie să se opună, trebuie să consimtă, nu trebuie să dea curs apariției unor tensiuni prea mari, ci trebuie să accepte și să-l susțină pe pacient un timp, trebuie să se dovedească mai mult sau mai

puțin indestructibil, nu trebuie să insiste asupra menținerii unor limite rigide, ci să permită dezvoltarea unui fel de fuziune între el și pacient.

Toate acestea înseamnă consimțământ, implicare și participare, dar *nu* în mod necesar acțiune: este vorba doar despre înțelegere și toleranță; ceea ce contează cu adevărat este crearea și menținerea unor condiții care permit ca evenimentele să aibă loc în interior, în psihismul pacientului.

În situația analitică, expresia simbolică a acestei relații primitive de tip *arglos* se prezintă adesea sub forma unui anumit contact fizic cu analistul; în cea mai mare parte a timpului, este vorba despre a-i ține mâna sau un deget sau să îi atingă scaunul etc. Acest contact este cu siguranță libidinal, el poate fi foarte încărcat, însă este întotdeauna de o importanță vitală pentru progresul tratamentului; dacă acest contact există, pacientul poate continua; dacă nu există, pacientul riscă să se simtă abandonat, pierdut, privat de posibilitățile sale de schimbare, incapabil să avanseze. În ciuda tuturor acestora, ceea ce este cu adevărat trăit în cazurile de „regresie care are ca scop recunoașterea“ nu prezintă niciodată însușiri precum disperarea și pasiunea care caracterizează trăirea pacientului în cealaltă formă de regresie: aceea care are ca scop gratificarea, sau aceea pe care o întâlnim în cazurile de isterie severă. Sunt înclinat să consider că formele de agățare disperată ale pacientului, pe care le observăm adesea în tratamentul acestor stări, denotă existența unei regresii care nu atinge decât faza obiectelor parțiale, în timp ce o angoasă intensă pare să blocheze calea dezvoltării unei atmosfere de încredere mutuală de tip *arglos*, care este esențială pentru ca un adevărat nou început să se poată produce. Relația cu obiectele parțiale pare înrudită, în ceea ce privește originea sa și poate chiar și natura sa, cu angoasele persecutorii; agățarea disperată și pasională este o exprimare a

acestei relații și, în același timp, o apărare împotriva angoaselor concomitente. Aceasta este în contrast evident cu nevoia detensionată de un contact fizic pe care o observăm într-o perioadă adevărată de nou început.

Desigur că în viață nimic nu este simplu sau clar definit. În majoritatea cazurilor de regresie terapeutică, ceea ce analistul poate observa este un amestec al tuturor acestor trăsături cu, în general, una sau mai multe caracteristici care predomină în ansamblu. Totuși, potrivit experienței mele, anumite trăsături par să aibă, în mod cert, tendința de a se prezenta împreună, lăsând impresia existenței a două arii de asocieri care nu sunt clar definite, două feluri de sindroame clinice pe care propun să le numim clusterelor A și B.

Majoritatea cazurilor care aparțin clusterului A, forma benignă de regresie, prezintă următoarele trăsături clinice:

- 1) absența unei dificultăți particulare de a stabili o relație de încredere reciprocă, de tip *arglos*, relație indubitabilă care amintește de relația primară cu substanțele primare;
- 2) o regresie care conduce către un nou început autentic și ajunge la o nouă descoperire adevărată;
- 3) regresia are ca scop recunoașterea, în special, a problemelor interioare ale pacientului;
- 4) intensitatea moderată a cererilor, a așteptărilor sau a „nevoilor“;
- 5) absența semnelor de isterie severă în simptomatologia clinică și absența elementelor genital-orgasmice în transferul regresat.

În schimb, majoritatea cazurilor care aparțin tipului B, formei maligne de regresie, prezintă tabloul următor:

- 1) deoarece echilibrul relației de încredere mutuală este foarte precar, atmosfera *arglos*, nebănuitoare, este de mai multe ori întreruptă și

- se dezvoltă adesea simptome de agăţare disperată ca măsuri de garanţie şi de asigurare împotriva unei posibile rupturi noi;
- 2) o formă malignă de regresie, multiple încercări nereuşite în ceea ce priveşte un nou început, ameninţarea constantă de a cădea într-un cerc vicios de cereri sau de „nevoi“ şi de a vedea apărând stări asemănătoare celor de dependenţă;
 - 3) regresia are ca scop gratificarea printr-o acţiune externă;
 - 4) o intensitate suspectă a cererilor, aşteptărilor sau a „nevoilor“;
 - 5) prezenţa semnelor de isterie severă în tabloul clinic şi a elementelor genital-orgasmice atât în forma normală, cât şi în forma regresată de transfer.

Aceste abstractizări se bazează pe experienţe clinice relativ bine confirmate, cu excepţia uneia dintre ele, care nu a fost încă suficient consolidată precum celelalte; cu toate acestea, consider că ea va fi demonstrată de experienţele următoare. Am impresia că regresia malignă şi regresia care are ca scop gratificarea printr-o acţiune externă se întâlnesc, în general, la pacienţii care suferă de o formă de isterie destul de severă sau de tulburări de caracter isterice, care au reuşit să obţină atât de pe urma bolii, cât şi a tratamentului lor un beneficiu secundar destul de mare. Nu-mi dau seama foarte clar care este motivul pentru aceasta, însă consider că trebuie să semnaliez faptul că această coincidenţă a apărut de mai multe ori în materialul meu clinic. Voi reveni la această chestiune în partea a V-a.

Înainte de a continua, aş vrea să rezum pe scurt ceea ce ştim teoretic despre regresie. Urmându-l pe Freud, concepem regresia ca pe un proces care constă dintr-o inversare a direcţiei „progresive“ normale de întâmplări în aparatul psihic. Cauza acesteia poate fi orice care împiedică direcţia normală; la nivel oedipian există, în general, un

conflict. Efectul sau rezultatul regresiei este apariția a ceva „primitiv” sau „simplu”; în anumite cazuri, desigur, nu în toate, acest ceva aparține ariei defectului fundamental. Ceea ce apare pe acest plan poate fi:

- a) o formă particulară de gratificare pulsională, de exemplu o halucinație sau un vis;
- b) o formă specifică de comportament, cum ar fi transferul regresiv în serviciul rezistenței;
- c) o repetiție, cel mai important exemplu în acest sens fiind transferul în general.

Așa cum ne-a învățat Freud, regresia poate avea patru funcții sau roluri: (a) mecanism de apărare; (b) factor patogen; (c) formă specifică de rezistență și, în cele din urmă, (d) aliat terapeutic important.

Să notăm că există un aspect al regresiei pe care Freud și, după el, aproape toți teoreticienii psihanalizei au omis să-l semnaleze, este vorba despre rolul regresiei în relația de obiect. Motivul acestei omisiuni constă în faptul că regresia nu a fost studiată decât în limitele psihologiei unipersonale. Cele două excepții notabile au fost: (a) regresia ca aliat terapeutic, care nu a fost menționată decât o dată, pe scurt, de Freud și (b) regresia ca formă specifică de transfer în serviciul rezistenței, care a fost descrisă doar în aspectele ei amenințătoare, cele care constituiau un obstacol și o avertizare serioasă.

În părțile a III-a și a IV-a am încercat să arăt că regresia nu este doar un fenomen intrapsihic, ci, de asemenea, unul interpersonal; iar aspectele sale interpersonale au o importanță decisivă în ceea ce privește utilitatea sa terapeutică. Pentru a înțelege întreaga semnificație a regresiei și pentru a fi în măsură să ne descurcăm cu ea în situația analitică, este important să ne amintim că forma sub care se exprimă regresia depinde doar parțial de pacient, de personalitatea și boala sa și că ea depinde, de

asemenea, parțial de obiect; în consecință, ea trebuie să fie considerată ca fiind *unul* dintre simptomele interacțiunii pacientului cu analistul său. Această interacțiune prezintă cel puțin trei aspecte: modalitatea (a) în care regresia este recunoscută de obiect, (b) cea în care ea este acceptată de obiect și (c) cea în care obiectul îi răspunde. Așa cum am văzut în capitolele 20–22, ceea ce pacientul așteaptă de la obiect, de la analist, este ca el să îi răspundă într-un mod care evocă substanțele primare, adică să îi permită pacientului să înceapă cu el o formă de relație primară sau de iubire obiectuală primară. În partea a V-a vom avea ca sarcină examinarea semnificației tuturor acestora în termenii tehnicii psihanalitice.

Dezacordul între Freud și Ferenczi și repercusiunile sale

Să ne întoarcem acum la divergența istorică între Freud și Ferenczi, acolo unde am lăsat-o la sfârșitul capitolului 19. Acest dezacord tragic a avut, probabil, drept cauză principală problema tehnică referitoare la modalitatea în care am putea răspunde unui pacient în stare de regresie care a dezvoltat un transfer intens. Acest eveniment a avut un impact atât de dureros, încât prima reacție a mișcării analitice a fost negarea și tăcerea, care a fost ruptă abia în anii din urmă; de atunci, tot felul de afirmații au fost publicate cu privire la Freud și Ferenczi: Freud a fost descris ca fiind un autocrat crud, ca un dictator (Fromm, 1963), iar Ferenczi ca un intrigant laș (Jones, 1957). Desigur, toate aceste monstruoziități sunt contrare adevărului; ele nu fac decât să sublinieze diferența între grandoarea victimelor și micimea calomniatorilor lor.

Observațiile clinice studiate în această parte ne pot oferi câteva elemente de înțelegere a modului în care s-a format dezacordul. Consider că Freud, în anii când a început să practice psihoterapia, a întâlnit aproape exclusiv cazuri de regresie malignă și cazurile sale l-au impresionat profund. Ferenczi, dimpotrivă, a avut câteva succese notabile cu aceste cazuri de regresie benignă și, de asemenea, câteva eșecuri cu formele maligne, însă primele l-au impresionat în așa măsură, încât entuziasmul său bine cunoscut l-a condus la o generalizare nefondată. Pot să-și găsească o justificare în literatură aceste ipoteze destul de îndrăznețe? Susțin că mai multe fragmente atât din opera lui Freud, cât și din cea a lui Ferenczi indică această direcție. Primul caz de regresie malignă pe care Freud a avut ocazia să-l observe a fost tratamentul domnișoarei Anna O. de către Breuer,

atunci când Breuer și Freud erau încă prieteni; știm din scrisorile lui Freud către logodnica sa, citate de Jones (1953), că Breuer avea obiceiul de a discuta problemele pe care i le ridica regresia gravă a pacientei sale cu prietenul său mai tânăr — Freud avea pe atunci 27 de ani —, iar Freud a adoptat o poziție destul de critică în ceea ce privește abordarea lui Breuer. Cunoaștem, de asemenea, experiențele neplăcute pe care le-a avut ulterior cu pacienții care prezentau manifestări sexuale vulgare la ieșirea din starea hipnotică — menționate în „Studiu autobiografic“ (1925); și, în fine, poate cel mai important lucru, eroarea în care s-a lăsat indus de pacientele sale isterice, aceea de a accepta faptul că în copilăria lor timpurie ele ar fi căzut victime ale seducției sexuale, adică ar fi suferit o „traumă sexuală pasivă“. Nu este, poate, lipsit de interes să ne amintim că Freud, în articolul său intitulat „Despre etiologia isteriei“ (1896), a afirmat explicit că, în această epocă, teoria sa se fonda pe *optsprezece cazuri analizate în întregime*, toate manifest isterice. Cunoaștem, de asemenea, că doar autoanaliza sa a putut rupe vraja⁶³. Putem înțelege de ce a numit așteptările acestor paciente „pofte“, indiciu cert al faptului că el cunoștea încă din această perioadă pericolul reprezentat de stările asemănătoare dependențelor.

În capitolul 19 am studiat pe larg dezvoltarea foarte lentă a ideii de regresie și cum, odată cu trecerea anilor, aspectele sale amenințătoare au luat din ce în ce mai multă amploare în scrierile lui Freud, care a ajuns, în cele din urmă, să adopte o atitudine foarte prudentă. Paralel cu această evoluție, funcția terapeutică a regresiei a trecut în plan secund, ea a fost uitată, pentru a ne exprima altfel.

Nu este atunci de mirare că văzându-l pe Ferenczi, față de care avea atât de multă afecțiune și pe care îl stima profund, alunecând în același marasm din care el însuși a putut scăpa doar cu un

efort foarte mare, Freud nu s-a putut împiedica să devină neliniștit, critic și — lucru foarte rar în ceea ce îl privește — oarecum insensibil. El a perceput într-o manieră clară și corectă riscurile acumulate de Ferenczi, însă nu a știut nici să recunoască, nici să aprecieze posibilitățile unei evoluții noi și importante a tehnicii, cât și a teoriei noastre.

Ferenczi, ale cărui optimism impetuos și entuziasm prompt le-am menționat în mai multe rânduri (Balint, M., 1933, 1948), a comis eroarea sa frecventă de a neglija toate avertismentele pe care le constituiau eșecurile sale și de a-și supraestima succesele. Rezultatele tehnicii sale noi l-au impresionat atât de mult, încât a concluzionat că, dacă un pacient este dispus să vină regulat la analiză, analistul trebuie să găsească tehnici adecvate pentru a-i veni în ajutor. Sincer convins de acest principiu, el a împins incredibil de departe încercările de a satisface așteptările pacienților săi (vezi capitolul 18). Ferenczi a rezumat esența noilor experiențe sub numele de „principiul relaxării” (1930). Acest nume era o asociere naturală deoarece noua tehnică, spre deosebire de tehnica activă, avea ca scop evitarea oricărei creșteri inutile de tensiune. Ferenczi considera că, răspunzând pozitiv la așteptările, cererile sau nevoile pacientului a căror semnificație adevărată îi devenise acum accesibilă, ar putea transforma situația neînsuflețită a unei analize cu o durată considerabilă într-un travaliu productiv care să conducă la un final mai rapid. Totuși, aceasta însemna abandonarea principiului abstenenței.

Rezultatele imediate ale acestei abordări tehnice au fost încurajatoare. Pacienții săi — dintre care majoritatea aveau deja mai mult de zece ani de analiză cu alți analiști — și-au regăsit pofta de viață, starea lor ameliorându-se, și i-au oferit drept cadou două descoperiri majore. Una privea efectul considerabil al atitudinilor „obișnuite” sau „clasice” în ceea ce privește practica analistului în

dezvoltarea relației transferențiale și, desigur, a tratamentului analitic; cealaltă conducea la posibilitățile tehnice oferite de interpretarea contratransferului (Ferenczi, 1932 și notele lui postume).

Acest fapt nu însemna că Ferenczi ignora problemele ridicate de inovațiile sale tehnice; că a procedat astfel reiese suficient de clar din articolele și notele postume; dar el era sincer convins că descoperirile sale reprezentau un progres major al tehnicii analitice. Cea mai dureroasă dintre probleme, la care revenea periodic, era pentru el faptul că Freud nu înțelegea aceste idei noi. Sunt sigur că sentimentul că nu a fost înțeles de Freud l-a împiedicat să vadă — căci, dincolo de toate, Freud a fost analistul său formator — că ameliorarea indiscutabilă prezentată de anumiți pacienți nu dura decât în măsura în care el era capabil să le satisfacă poftele; el nu și-a dat seama de aceasta decât spre sfârșitul lui 1932 și începutul lui 1933, odată cu creșterea slăbiciunii sale fizice care l-a obligat să renunțe la practica analitică. Unii dintre pacienți au reacționat printr-o confuzie disperată sau un resentiment amar și o deteriorare a stării. Deși amorul lui propriu de savant a primit aici o lovitură puternică, el a acceptat în întregime faptele, a discutat pe larg erorile pe care le-a făcut în cursul ultimilor ani și a repetat că, dacă sănătatea sa s-ar ameliora vreodată, i-ar plăcea să o ia din nou de la început; și-a exprimat speranța că experiența și erorile sale vor fi de folos generațiilor viitoare, ca puncte de reper și ca semne de precauție.

În ciuda tuturor acestora, mă îndoiesc foarte tare că el ar fi reușit să distingă diferitele tipuri de regresie descrise în capitolul 22; eu însumi nu am ajuns la acest diagnostic diferențial decât în timpul ultimilor cincisprezece ani, totuși țin să menționez că am primit primul stimul în această direcție datorită faptului că am rămas în contact cu unii

dintre ultimii pacienți ai lui Ferenczi, că le-am urmărit evoluția și, în particular, am notat modul în care ei vorbeau despre ceea ce au trăit în timpul și după terapie.

Dezacordul tragic dintre Freud și Ferenczi, care le-a cauzat amândurora atât de multă suferință și care a întârziat dezvoltarea tehnicii noastre analitice, este acum, sper, clarificat. Propriile incertitudini l-au împiedicat pe Ferenczi să profite de criticile bine intenționate și bine fondate ale lui Freud; nu a văzut în ele decât o lipsă de înțelegere. Freud, în ceea ce-l privește, se afla încă sub influența experiențelor dezamăgitoare din anii 1900, astfel că cele ale lui Ferenczi nu făceau decât să justifice propria sa prudență. Caracterele celor doi bărbați, oarecum foarte diferite la prima vedere, aveau numeroase rădăcini comune. Aceste rădăcini comune, așa cum se întâmplă adesea în prietenii tragice ale istoriei, au exercitat mai întâi o atracție puternică și au constituit timp de mai mulți ani baza unei prietenii intime și fericite, însă ele au dus la un sfârșit tragic; și pentru a încheia, toată lumea a pierdut, inclusiv lumea psihianalitică.

Faptul istoric reprezentat de divergența între Freud și Ferenczi a avut asupra psihianalizei efectul unei traume. Un maestru prolific al tehnicii analitice cum a fost Ferenczi, autor a numeroase articole clasice în psihianaliză, slăbit în așa măsură, încât a fost incapabil să își recunoască erorile, în ciuda avertismentelor repetate ale lui Freud; sau faptul că Freud și Ferenczi, cei mai proeminenți psihianalisti, nu au fost capabili să-și înțeleagă și să-și evalueze corect descoperirile clinice, observațiile și ideile teoretice: șocul a fost foarte profund și foarte dureros. Prima reacție a fost una înspăimântată. Printr-un consimțământ tacit, regresia în timpul tratamentului analitic a fost considerată un simptom periculos, iar valoarea sa de aliat terapeutic a fost complet sau aproape complet refutată. Aceasta este adevărat în special

în ceea ce privește atitudinea celui pe care l-am putea numi centrul „clasic” masiv al psihanalizei.

Pentru majoritatea analiștilor din acest grup, regresia consta doar din aspectele sale amenințătoare, peiorative, cele descrise în capitolul 20: era vorba despre un mecanism de apărare greu de gestionat, despre un factor patogen important și despre o formă redutabilă de rezistență. Funcția sa de aliat terapeutic era aproape absentă din considerațiile lor. În consecință, dacă apăreau fenomene de natură regresivă în timpul tratamentului, ele erau considerate ca fiind simptome nedorite cauzate de tehnici discutabile, ca indiciu al unei tulburări atât de profunde a pacientului, încât pronosticul devenea aleatoriu. Măsura cel mai frecvent folosită în acest caz pare să fi fost scoaterea pacientului din regresie cât de repede posibil, apoi încheierea tratamentului cu un rezultat parțial acceptabil. Acesta este, în orice caz, tabloul oferit de discuția asupra „Aspectelor tehnice ale regresiei în cursul psihanalizei” de la Congresul Asociației Americane de Psihanaliză din iarna anului 1957. Să notăm faptul că, paralel cu secțiunea asupra regresiei, o altă secțiune și-a consacrat lucrările „Aspectelor tehnice ale transferului”. Comparând lista celor care au participat la fiecare dintre aceste secțiuni, se poate deduce cu ușurință care sunt analiștii care aparțin centrului „clasic” și care sunt cei din afară.

Singura idee nouă, foarte fecundă, care își are originea în acest grup îi revine lui Ernst Kris, care în timpul cercetării sale asupra creației artistice a făcut distincția între cele două forme de regresie. Într-una din forme „Eu este absorbit de regresie”; în cealaltă, „regresia se află în serviciul Eului”. Această ultimă formă, după Kris, nu este decât un caz particular al capacității generale a unui Eu bine integrat de a regla și de a controla anumite procese primare. Această idee a fost formulată pentru

prima dată în 1935, însă Kris a revenit la ea de mai multe ori în articolele sale ulterioare. Distincția are indiscutabil multe trăsături comune cu cele două categorii ale mele; regresia malignă și regresia care are ca scop gratificarea sunt foarte apropiate de regresia care absoarbe Eul; de asemenea, putem vedea, cu puțin efort, o anumită asemănare între regresia care este în serviciul Eului și regresia care are ca scop recunoașterea. Principalul motiv al divergenței noastre va fi ceea ce am numit (Balint, M., 1949) viziunile noastre diferite. Kris se interesa de creația artistică, adică de sublimare, care aparține câmpului psihologiei unipersonale. Această diferență a fost exprimată admirabil de Peter Knapp în cadrul discuției pe secțiuni cu privire la „Criteriile de analizabilitate“.

După ce a arătat că „regresia în serviciul Eului“ este capabilă să explice ce se întâmplă în individ în timpul creației artistice, însă nu poate nici să descrie, nici să explice ce se întâmplă în timpul unui tratament analitic, el continuă: „Pentru ca o psihanaliză să fie posibilă, o altă aptitudine trebuie să se adauge „regresiei în serviciul Eului“, și anume „regresia la ordinele unui obiect“ (Knapp, 1959).

Aceasta trebuie să fi reprezentat o remarcă revoluționară care a fost, foarte probabil, supusă refulării. În orice caz, ea nu a provocat, după cum știu eu, niciun ecou în literatură. Nici măcar un gânditor la fel de original ca Bertram Lewin nu a putut, în prelegerea sa despre Freud intitulată „Vise și utilizări ale regresiei“ (1958), să se elibereze în întregime de limitările impuse de ideile lui Kris. Nici chiar doi terapeuți la fel de puțin ortodocși cum sunt Gill și Brenman nu au fost capabili să facă asta (Gill și Brenman, 1959).

Ceilalți membri din acest grup nu s-au aventurat chiar atât de departe; ei au continuat să repete fidel și monoton relațiile eterne dintre fixație și regresie, care fuseseră deja descrise de Freud în

„Introducere în psihanaliză“. Pentru a dovedi ceea ce susțin, îi voi cita, printre alții, pe Phyllis Greenacre: „Regresie și fixație“ (1960), Jacob Arlow: „Conflict, regresie și formarea simptomului“ (1963) și Jeanne Lampl-de Groot: „Formarea simptomului și formarea caracterului“ (1963).

Astfel se degajă o impresie de pustietate și de stagnare. Totuși, în acești ultimi ani a apărut un anumit număr de analiști, foarte mic după cum știm, care au fost interesați de problema regresiei terapeutice. Unul dintre ei, Alexander (1956), a propus să distingem două tipuri de regresie: regresia la traumă și regresia la situația satisfăcătoare pretraumatică. Există, foarte probabil, numeroase puncte comune între aceste două tipuri și ale mele. Există, de asemenea, cercetarea interesantă realizată la Chestnut Lodge asupra pacienților în stare de regresie severă, ale cărei rezultate principale au fost publicate de Searles (în special în 1961, 1963). Și, în fine, la Londra îl avem pe Winnicott, care a studiat timp de mai mulți ani regresia în situația analitică; articolele sale au fost adunate în două volume (1958 și 1965). Sub influența sa, mai mulți analiști, printre care Little (1957) și Khan (1960, 1962), au început să se intereseze de această problemă.

Toți acești analiști, inclusiv eu, aparțin — nu centrului „clasic“ masiv — grupului marginalilor. Suntem cunoscuți, tolerați, poate chiar citați, însă, cu siguranță, nu suntem citați. O bună ilustrare a acestei descrieri este oferită de cartea lui Gill și Brenman (1959). Deși unul dintre principalele subiecte ale cărții este folosirea terapeutică a regresiei și cartea are o bibliografie extinsă, niciunul dintre noi nu este menționat. Există totuși semne că această perioadă se apropie de sfârșit. Evenimentul tragic s-a petrecut devreme, în anii treizeci, sunt mai mult de treizeci de ani de atunci.

Aceasta înseamnă că, de atunci până acum, s-a format o nouă generație de analiști și putem spera că ea va fi — sau este deja — capabilă să reexamineze anumite doctrine și convingeri care au fost tabu mulți ani pentru analiști. Unul dintre aceste semne promițătoare este lucrarea recentă a lui W. Loch (1963–1964) intitulată „Regresia“.

În același an, Anna Freud a publicat lucrarea „Regresia ca principiu al dezvoltării psihice“ (1963), în care a subliniat — în afara aspectelor amenințătoare ale regresiei — și aspectele sale benigne. Aceasta a fost rapid continuată de întâlnirea anuală, în decembrie 1965, a comisiei Asociației Americane de Psihanaliză, care a avut ca temă „Stări regresive profunde în timpul analizei“. Situația s-a schimbat considerabil de la ultima reunire a comisiei în 1957. Deși cei care au dezbătut problema erau aceiași ca în 1957, ei erau însoțiți, de data aceasta, de colegi care aparțineau centrului „clasic“. Existau încă anumite semne clare cu privire la concepțiile anterioare, dar atmosfera era cu totul diferită. Mai multe istorii de caz au fost analizate în detaliu, demonstrând nu doar faptul că stările de regresie severă pot fi tolerate în situația analitică, ci și că ele pot fi folosite pentru evoluția procesului tratamentului analitic. Au existat puține prejudecăți sau idei preconcepționate în excelenta dezbateră; fiecare vorbitor a fost entuziast și sincer interesat să-și împărtășească contribuțiile la elucidarea unei probleme încurcate.

Trebuie făcută totuși o remarcă. Deși unii dintre cei care au luat cuvântul — printre care Chairman, John Frosch și Martin Cang — au încercat de mai multe ori să conducă discuția către contribuția analistului în încurajarea sau chiar provocarea regresiei, și asupra răspunsurilor sale tehnice, ei nu au obținut vreun rezultat. Dezbateră a rămas în limitele domeniului psihologiei unipersonale: Eul absorbit de regresie, natura Eului pacientului în

tratamentul căruia acest fapt se poate întâmpla, forțele psihismului care conduc la regresie, schimbările care pot să-l scoată pe pacient din ea etc.

Ceea ce a fost aproape în întregime dat uitării a fost considerarea regresiei — în structura, cauzalitatea și semnificația sa pentru tratament — ca o interacțiune între un anumit pacient și un anumit analist, adică un fenomen care aparține domeniului psihologiei bipersonale, în special ariei psihismului pe care am denumit-o aria defectului fundamental.

⁶³ Nu știm cu certitudine dacă au existat raporturi cauzale între cele două evenimente, însă raporturi cronologice există. Înainte de autoanaliza sa, Freud credea cu fermitate în realitatea scenelor de seducție; după autoanaliză, el a crezut la fel de hotărât că seducția nu există decât în imaginația copiilor. În plus, știm faptul că el și-a început autoanaliza în timpul verii lui 1897, sau cel puțin că ea s-a dezvoltat cu adevărat în această perioadă, și în septembrie din același an el a explicat într-o scrisoare către Fliess motivele care l-ar fi condus la abandonarea convingerii sale referitoare la realitatea traumelor sexuale infantile — o argumentare impresionantă și magistrală, chiar și printre scrierile freudiene.

Partea a V-a

Pacientul în regresie și analistul său

Regresie terapeutică, iubire primară și defectul fundamental

În partea precedentă am aflat că regresia, așa cum este observată în situația analitică, poate avea cel puțin două scopuri: fie satisfacerea unui instinct sau a unei pulsuni, fie recunoașterea de către un obiect; cu alte cuvinte, este un fenomen în cele din urmă intrapsihic și interpersonal. Totul pare să indice, pe de altă parte, că în tratamentul analitic al stărilor regresive aspectele interpersonale sunt cele mai importante.

Problema la care am ajuns aici poate fi numită „puterea vindecătoare a relației“. Deși, de regulă, nu o formulăm foarte explicit, trebuie să recunoaștem că cei doi factori esențiali ai tratamentului analitic sunt interpretările și relația de obiect. Să nu uităm totuși că, în ceea ce o privește pe aceasta din urmă, ne aflăm pe un teren puțin sigur, căci teoria psihanalitică știe mult mai puțin despre aceasta.

Avem o anumită cunoaștere sistematică despre instincte sau pulsuni, vicisitudinile lor, despre structura psihismului și mecanismele de apărare puse în joc și, de asemenea, rolul conflictului în psihopatologie. Pe acești trei piloni — teoria pulsuniilor, structura psihismului și efectele patologice ale conflictelor — Freud și-a bazat recomandările tehnice. Scopul acestei tehnici era să facă conștient inconștientul — sau, într-o versiune ulterioară: acolo unde a fost Se-ul, să fie Eul —, iar instrumentul pentru realizarea acestui scop era, aproape exclusiv, interpretarea. Deși încă din 1912 și 1915, în cele două articole ale sale asupra transferului, Freud afirma explicit că transferul, adică o relație de obiect, poate avea puteri terapeutice considerabile, el nu a crezut în el și nu l-a considerat ca fiind demn de un studiu

aprofundat. În consecință, a fost acceptat că interpretarea era măsura tehnică de departe cea mai importantă.

Așa cum am încercat să arăt în partea a IV-a, faptul de a pune accentul pe travaliul de interpretare al analistului ducea, probabil, la o simplificare a lucrurilor. Aceasta se putea întâmpla atât timp cât eram în măsură să selecționăm, dintre toți cei care cereau ajutor din partea psihanalizei, subiecții capabili să se adapteze fără prea multă dificultate la climatul analitic pe care îl creasem pe baza primelor articole ale lui Freud privind tehnica (1911–1915). În măsura în care acest climat era acceptat de fiecare dintre noi ca un lucru obligatoriu, puteam considera că travaliul analistului era aproape exclusiv reprezentat de interpretări.

Totuși, dacă recunoaștem că atmosfera terapeutică recomandată de Freud nu reprezintă decât o posibilitate printre altele — adică un fel de *primus inter pares* —, ne găsim confrunțați cu o sarcină nouă, care constă în crearea altor climate terapeutice care permit realizarea unui travaliu analitic eficient cu pacienți mai puțin strict selecționați. Este o sarcină deosebit de importantă atunci când este vorba despre pacienți în regresie.

Pentru a relua ceea ce am descoperit în capitolele precedente, crearea și menținerea unei relații care poate fi gestionată, în special cu un pacient în stare de regresie, este, poate, o sarcină terapeutică mai importantă în anumite perioade ale tratamentului decât oferirea unor interpretări corecte. Este posibil ca Freud să se fi gândit la ceva de acest fel atunci când și-a scris articolele despre efectele terapeutice ale transferului. Totuși, interesul său se îndrepta în mod esențial asupra proceselor intrapsihice care pot avea efecte terapeutice și nu a acordat prea multă atenție fenomenelor interpersonale și posibilelor efecte asupra tratamentului.

Însă interpretările sunt, în mod necesar, întotdeauna verbale. Fără îndoială, unul dintre obiectivele lor principale este de a ajuta pacientul să aibă sentimente, emoții și experiențe de care era incapabil înainte; ele necesită o înțelegere intelectuală a reflectării sau un nou „insight”. Toate aceste descrieri se află într-o relație strânsă cu a „vedea” și a „sta”, adică activitățile filobate pe care le putem realiza singuri. Dimpotrivă, relația de obiect este întotdeauna o interacțiune între cel puțin două persoane și, cel mai adesea, mijloacele nonverbale intervin, de asemenea, în crearea și menținerea sa. Este dificil să găsim cuvinte pentru a caracteriza ceea ce este creat. Vorbim despre comportament, climat, atmosferă etc.; toți acești termeni sunt confuzi și neclari și se referă la ceva care nu are limite determinate, amintind deci de termenii care descriu substanțele primare. În ciuda imposibilității de a descrie în termeni concizi și clari diferite forme de relație de obiect, adică în ciuda faptului că orice transcriere verbală a diferitelor relații de obiect, este, în mod necesar, întotdeauna subiectivă, arbitrară și imprecisă, „atmosfera”, „climatul” este acolo, este simțit ca fiind acolo și, cel mai adesea, chiar nu este necesar să fie exprimat în cuvinte — deși cuvintele pot constitui un factor important, contribuind la crearea și la menținerea atmosferei. Spre deosebire de un „insight” care este rezultatul unei interpretări corecte, crearea unei relații adecvate are drept rezultat un „sentiment”; în timp ce „insightul” este corelat cu a vedea, „sentimentul” se raportează la atingere, deci la relația primară sau ocnofilă.

Pentru a reveni la subiectul nostru, regresia, este cert că Freud și-a centrat interesul asupra aspectelor intrapsihice ale acesteia de-a lungul întregii sale vieți. Unul dintre motivele acestei relative neglijențe ar putea fi acela că în perioada în care el a descris formele regresive de transfer

teoria sa asupra pulsionilor era practic definitivă; a treia ediție a celor *Trei eseuri asupra sexualității* apăruse în 1915, adică în același an cu articolul „Iubirea de transfer“. Pe de altă parte, o teorie genetică asupra relației de obiect se afla în acea perioadă în faza timpurie a începuturilor.

Freud și-a bazat recomandările terapeutice atât de des citate, referitoare la faptul că analistul nu trebuie să răspundă pozitiv la „poftele“ unui pacient în regresie și, în special, nu trebuie să le satisfacă, pe teoria pulsionilor. Tratatamentul analitic trebuie să fie realizat într-o stare de „abstinență“, de „frustrare“ sau de „privare“. Această recomandare este corectă în multe privințe. Dacă analistul nu face nimic altceva în afară de satisfacerea poftelor pacientului său regresat, acțiunea lui nu poate produce decât rezultate temporare. Din moment ce sursa poftelor nu a fost încă atinsă, după un timp apar pofte noi care cer la fel de intens satisfacerea. Dacă analistul este influențat de liniștea care urmează imediat acțiunii sale și decide să ofere gratificări noi, un cerc vicios riscă să se instaureze, fapt relativ frecvent în stările regressive.

Așadar, a reacționa pozitiv la aspirațiile și poftele unui pacient în stare de regresie se va dovedi a fi, probabil, o eroare tehnică. Pe de altă parte, a răspunde unui pacient care are nevoie de o formă particulară de relație de obiect, mai primitivă decât cea care există între doi adulți, poate fi o măsură tehnică legitimă și, probabil, fără legătură cu regula „frustrării“ sau a „privării“.

Însă dacă acceptăm această idee, părăsim limitele teoriei instinctelor sau pulsionilor, care aparține sferei psihologiei unipersonale, și abordăm domeniul psihologiei bipersonale. În prima teorie, am putea susține că forma, ca și profunzimea regresiei sunt determinate exclusiv de pacient, de copilăria, caracterul, gravitatea bolii sale etc., iar în cadrul celei de-a doua, trebuie să o

considerăm un rezultat al interacțiunii între un anumit pacient și un anumit analist. Dacă ne îndreptăm pentru moment atenția asupra contribuțiilor analistului, adică asupra tehnicii sale, putem spune că aparența clinică a regresiei va depinde, în aceeași măsură, de modul în care regresia este recunoscută, acceptată, și de felul în care analistul reacționează la ea.

Interpretarea este, fără îndoială, forma de răspuns cea mai importantă de care dispune analistul; poate avea o importanță crucială pentru tratament dacă analistul interpretează un fenomen ca o cerere de gratificare sau ca o nevoie de o formă de relație particulară de obiect.

Să presupunem că analistul este pregătit să considere regresia o solicitare, o cerere sau o nevoie de o formă particulară de relație de obiect, următoarea problemă va fi să determine până unde să meargă sau, cu alte cuvinte, ce fel de relație de obiect să-i ofere pacientului său în regresie sau să accepte din partea sa. Este o problemă tehnică importantă care prezintă, la fel ca majoritatea problemelor tehnice din psihanaliză, aspecte diverse.

Primul aspect aparține granițelor dintre psihologia unipersonală și psihologia bipersonală; am putea să o descriem ca fiind o problemă de diagnostic diferențial. Analistul trebuie să fie capabil să recunoască ce fel de forme de relație de obiect vor fi adecvate, adică terapeutice, într-un anumit moment, pentru pacientul său în stare de regresie. Pentru a realiza aceasta, el trebuie nu doar să admită că aceste relații există și pot avea efecte terapeutice, ci trebuie să le și cunoască suficient de bine pentru a fi capabil să o aleagă pe cea care oferă cele mai bune perspective terapeutice.

Abordăm aici un domeniu controversat. Anumiți analiști cred cu fermitate că doar acele forme de relație de obiect care sunt compatibile cu un

demers corect al unui tratament analitic sunt cele care îi permit analistului să rămână în rolul său de obiectivitate pasivă, binevoitoare, descris de Freud. Am impresia că ei continuă să creadă că aici este vorba despre un parametru absolut și dacă analistul, dintr-un motiv oarecare, îl abandonează, tratamentul nu trebuie să poarte numele de psihanaliză. Dacă această impresie este corectă, consecința este că acești analiști vor considera, probabil, un astfel de diagnostic diferențial ca inutil, putând chiar contribui la adoptarea unei tehnici greșite, dăunătoare. În partea a III-a, în special în capitolele 14 și 16, am studiat anumite consecințe ale acestei politici generale.

Pentru a evita o posibilă neînțelegere, este important să ne dăm seama de diferența considerabilă care există între a interpreta pacientului faptul că el a căutat întotdeauna o relație genitală sau chiar pregenitală specială și acceptarea sau folosirea faptului că, în acest stadiu particular, el are nevoie de o anumită formă de relație de obiect, permițându-i să o creeze și să o mențină în situația analitică. Totuși, în cazurile de relație de obiect mai târzii, bine cunoscute, interpretările sunt, de regulă, suficiente pentru a produce și a menține o readaptare terapeutică la realitate; în anumite cazuri, se pot produce „puneri în act”, dar și acestea pot fi tratate cu ajutorul interpretărilor. Formele de relație specifice acestei categorii aparțin în majoritatea lor ariei oedipiene, iar evenimentele care se produc aici pot deci să se exprime relativ bine în limbajul adult convențional. Principalele evenimente sunt, în ordine cronologică inversă: forma narcisic-falică cu numeroasele variante precum formele egoist-dominatoare, agresiv-castratoare, supuse, masochiste etc.; numeroasele forme sadic-anale cu toate supracompensările și formațiunile reacționale care le aparțin și așa mai departe.

Pentru a fi un demers complet, trebuie să menționez aici diferite forme de relație de obiect rezumate astăzi sub numele de „dependență orală” care, pentru numeroși analiști, își găsesc în mod firesc locul aici. Din moment ce, în opinia mea, conceptul de „dependență orală” este înșelător, vreau să rezum pe scurt argumentele împotriva sa.

Relația pe care expresia „dependență orală” încearcă să o descrie *nu* este o dependență unilaterală, ci o „interdependență”; pe plan libidinal, mama depinde în aceeași măsură de copilul său ca și acesta de ea; niciunul dintre ei nu poate avea nici această formă particulară de relație, nici această satisfacție particulară independent de celălalt. Dacă aspectele orale constituie o parte importantă a fenomenului considerat în ansamblul său, alți factori diferiți sunt, de asemenea, prezenți și este dificil de evaluat cu certitudine care este cel mai important. Dimpotrivă, sânul matern, replică a gurii copilului, se află exclus în virtutea modului actual privind alăptarea; cel mai adesea, fără repercusiuni severe asupra interdependenței mutuale, care, după părerea mea, este factorul decisiv în această relație.

Interdependența trebuie să ne amintească faptul că orice încercare de a descrie această relație în termenii psihologiei unipersonale ne va induce în mod necesar în eroare. Deși aceasta este adevărat până la un anumit punct în oricare relație, efectul interdependenței se diminuează în același ritm cu importanța cooperării partenerului. Dominația anală, a cărei teorie este probabil cel mai bine elaborată în psihanaliză, constituie aici un exemplu instructiv. Cooperarea partenerului este minimă în acest caz, în consecință, relația poate fi corect descrisă în termenii relevanți ai psihologiei unipersonale. Pe de altă parte, în iubirea genitală este esențial să putem transforma un obiect indiferent pe care îl iubim într-un partener cooperant. Terminologia noastră descrie într-o

manieră relativ satisfăcătoare relația dintre un individ și obiectul său indiferent, astfel că relația dintre parteneri cooperanți necesită o terminologie nouă, referitoare la psihologia bipersonală.

Există o altă dificultate importantă: toate relațiile primitive aparțin, în general, perioadei preverbale de dezvoltare. După cum am văzut în prima parte, fenomenele referitoare la această arie nu se pretează cu ușurință unei descrieri verbale. În cele ce urmează trebuie să avem constant aceste dificultăți în minte: prima, care este cauzată de interdependența intensă a doi indivizi și a doua, care are drept cauză natura primitivă a relației în curs de dezvoltare, dificil de pus în cuvinte adulte convenționale.⁶⁴

După ce am îndepărtat acest obstacol și confuzia care a fost creată de el, putem reveni la problema noastră principală: ce tipuri de relații de obiect primitive, probabil preverbale, ar trebui să fie considerate de către analist acceptabile ca venind din partea pacientului său în stare de regresie sau chiar să i le ofere?

În capitolele precedente, în special în capitolele 4, 12, 15 și 22, am descris în detaliu caracteristicile a trei forme principale pe care le-am putut observa în practica mea analitică. Aceste trei forme erau următoarele: (a) cea mai primitivă, pe care am numit-o *iubirea primară* sau relația primară, un fel de amestec armonios, prin întrepătrundere, între individul în curs de dezvoltare și substanțele primare sau obiectul său primar; (b) și (c) *ocnofilia* și *filobatismul* care formează un fel de pereche una cu cealaltă; ele presupun deja descoperirea obiectelor parțiale relativ stabile și/sau a obiectelor întregi. Un individ cu predominanță ocnofilă nu poate trăi în siguranță decât în apropierea obiectelor, iar perioadele intermediare sau spațiile între obiecte sunt simțite ca înspăimântătoare și periculoase. Aceste fenomene erau cunoscute de ceva vreme; recent, sub influența etologiei, ne

referim la ele sub numele de „comportament de atașament“ (de exemplu Bowlby, 1958). Dimpotrivă, individul cu predominanță filobată simte obiectele ca nesigure și periculoase, este înclinat să se debaraseze de ele și caută suprafețe benefice care separă obiectele dezamăgitoare în timp și spațiu.

Următoarea întrebare este, desigur, ce poate avea de câștigat un pacient din regresie. De ce este aceasta atât de importantă pentru el? Așa cum am menționat de mai multe ori, nu toți pacienții trec în mod necesar printr-o perioadă de regresie. Aceasta înseamnă că anumiți pacienți se pot descurca fără regresie, probabil că nici nu au nevoie de ea. Cu toate acestea, este dificil să judecăm cum se împart cei care au nevoie de o perioadă de regresie și cei care nu au nevoie. Motivul este că pacienții în tratament analitic nu constituie un eșantion reprezentativ, căci ei au fost selecționați după ideile analistului lor, referitor la criteriile de analizabilitate. Totuși, există probabil un oarecare adevăr în impresia că, în ceea ce privește clientela actuală, pacienții care au nevoie de o regresie sunt în număr mai mare decât în trecut, adică sunt în creștere.

Răspunsul la întrebarea noastră se află în conținutul noțiunii de defect fundamental și în observațiile care m-au condus la descoperirea „noului început“. Raționamentul meu este următorul: noi avem toți anumite trăsături de caracter sau, pentru a recurge la o terminologie mai modernă, tipare compulsive de relație de obiect. Unele dintre ele sunt rezultatul unui conflict sau al unui complex interior; dacă analistul, prin interpretările sale, îl poate ajuta pe pacient să-și rezolve conflictele și complexe, natura compulsivă a acestor modele va dobândi o suplețe suficientă pentru a permite adaptarea la realitate. În anumite cazuri în care, conform ideilor mele, tiparele își au originea într-o reacție la

defectul fundamental, interpretările vor avea o putere incomparabil mai mică, deoarece aici nu există, propriu-zis, nici conflict și nici complex de rezolvat, iar în aria defectului fundamental cuvintele nu sunt oricum destul de sigure.

În anumite cazuri în care cuvintele, adică asocierile urmate de interpretări, nu par să fie în măsură să provoace sau să mențină schimbările necesare, trebuie luați în considerare agenți terapeutici suplimentari. Cred că cel mai important dintre ei este faptul de a-l ajuta pe pacient să dezvolte, în situația analitică, o relație primitivă corespunzătoare tiparului său compulsiv și să o mențină într-o liniște netulburată până când devine capabil să descopere că și alte forme de relație de obiect sunt posibile.

Întrucât defectul fundamental, atât timp cât rămâne activ, determină formele de relație de obiect de care un individ dispune, tratamentul are, în mod necesar, ca sarcină să neutralizeze defectul fundamental, creând condițiile care îi permit să se cicatrizeze. Pentru ca aceasta să fie posibil este necesar ca pacientul să poată regresa la situația — adică la forma particulară de relație de obiect — care a provocat la origine starea de deficiență, adică la un stadiu anterior. Această condiție prealabilă trebuie să fie îndeplinită pentru ca pacientul să fie în măsură să-și abandoneze, mai întâi de probă, tiparul său compulsiv. Doar după aceea pacientul va putea să înceapă „din nou”, adică să dezvolte modele noi de relație de obiect pentru a le înlocui pe cele pe care le-a abandonat. Aceste modele noi vor fi mai puțin defensive, deci mai flexibile, și îi vor oferi cele mai bune posibilități de adaptare la realitate, cu mai puține tensiuni și rezistențe decât înainte.

În fine, următoarea și ultima întrebare care va fi abordată în acest capitol va fi: ce poate face analistul, pentru a favoriza acest proces? Esențialul răspunsului va fi oferit în capitolul următor; aici

mă voi limita să subliniez trei aspecte *negative* de cea mai mare importanță, adică ceea ce analistul trebuie să încerce să evite să facă. În ceea ce privește tehnica noastră, tendința actuală — care recomandă ca totul să fie pe cât posibil interpretat în transfer — ne tentează să devenim pentru pacienții noștri obiecte puternice și savante care, datorită acestui fapt, îi ajută — sau îi forțează — să regreseze într-un univers ocnofil. Acest univers oferă condiții favorabile pentru instalarea dependenței, însă puține ocazii de a face descoperiri în mod independent. Sper că va fi acceptat, în general, că acestea din urmă sunt cel puțin la fel de importante, pe plan terapeutic, ca și primele. Reciproc, analistul nu trebuie deci să recurgă într-o manieră rigidă la o formă de relație de obiect care s-a arătat eficientă în alte cazuri sau în fazele anterioare ale tratamentului, el trebuie, dimpotrivă, să fie în mod constant pregătit să oscileze împreună cu pacientul său între universul primitiv ocnofil și cel filobat și chiar să continue, până la o relație primară. Aceasta nu este posibil decât dacă analistul este capabil să realizeze diagnosticul diferențial descris mai sus.

Celălalt aspect negativ important este faptul că în anumite momente analistul trebuie să facă tot ce îi stă în putere pentru a nu deveni sau a nu se comporta ca un obiect separat, cu contururi clar definite. Altfel spus, el trebuie să le permită pacienților să fie, raportat la el sau cu el, ca și când acesta ar fi una dintre substanțele primare. Aceasta înseamnă că el trebuie să consimtă să susțină pacientul nu într-o manieră activă, ci așa cum apa susține înotătorul sau pământul pe omul care merge, adică să fie acolo pentru pacientul său, să fie folosit de el fără să opună prea multă rezistență. Este adevărat, o anumită rezistență este nu doar permisă, ci și absolut necesară. Totuși, analistul trebuie să aibă grijă ca rezistența sa să creeze doar atâtea disensiuni câte sunt necesare pentru

progresul tratamentului, dar cu siguranță nu mai mult, altfel rezistența mediului poate face ca progresul să devină prea dificil. Și, mai presus de toate acestea, el trebuie să fie prezent, întotdeauna prezent și indestructibil: ca apa și pământul. Am discutat câteva dintre aceste aspecte în capitolul 22 și vom continua studiul lor în capitolele următoare.

Un ultim aspect negativ, corolar al celor două de dinainte, este că analistul trebuie să evite să devină „omnipotent“ sau chiar să apară astfel în ochii pacientului. Este una dintre sarcinile cele mai dificile în această perioadă a tratamentului. Pacientul în regresie așteaptă ca analistul său să știe mai mult și să fie mai puternic; cel puțin se așteaptă la ceea ce analistul îi promite, fie explicit, fie prin comportamentul său: că îl va ajuta pe pacient să iasă din regresie sau că îl va însoți de-a lungul acestei perioade. Orice promisiune de acest fel, chiar și cel mai neînsemnat acord tacit în privința aceasta, va crea dificultăți foarte mari, aproape insurmontabile pentru travaliul analitic. Aici, de asemenea, singurul lucru pe care analistul îl poate face este să accepte să dețină rolul de substanță primară adevărată, care este acolo, care nu poate fi distrusă, care *eo ipso* este acolo pentru a susține pacientul, care simte importanța și greutatea pacientului și cu toate acestea îl susține, care nu se preocupă să mențină limite clare între pacient și el însuși etc. și care, în fine, nu este un obiect în adevăratul sens al cuvântului, nu se îngrijorează de existența sa independentă.

Mai mulți autori au încercat să descrie în alți termeni acest tip de relație de obiect sau, mai exact, relația pacient–mediu. Anna Freud (în anii războiului) a vorbit despre „obiectul satisfăcător al nevoilor“; Hartmann (1939) despre „mediul previzibil normal“; Bion, într-o comunicare făcută în cadrul Societății Britanice de Psihanaliză (1966), a diferențiat „conținătorul“ de „conținut“. Cel mai versatil inventator de termeni de acest fel

pare să fie Winnicott: el a vorbit (1941) despre „mediul îndeajuns de bun“, apoi de „mediul“ în care pacientul poate evolua ca uleiul în care se mișcă roțile, apoi (1949) a apărut „mama obișnuit devotată“, în 1956, „preocuparea maternă primară“, apoi (1960) „funcția de susținere a mamei“, în timp ce în 1963 el a împrumutat din literatura americană termenul de „mediu favorizant“ și s-a folosit de acesta în titlul ultimei sale cărți (1967). Margaret Little a vorbit despre „unitatea fundamentală“ (1961), Masud Khan a propus (1963) „carapacea protectoare“, iar Rene Spitz „mediatorul mediului“ (1965), în timp ce M. Mahler a preferat (1952) „matricea extrauterină“. Toți acești termeni sunt corecți. Fiecare descrie unul dintre aspectele acestei relații nonomnipotente la care m-am gândit. Desigur, am o prejudecată favorabilă în ceea ce privește propriul meu termen, pentru că este mai general și îi poate îngloba pe toți ceilalți, în aspectele lor particulare.

Dacă acceptăm aceste noțiuni, problema de a ști dacă trebuie sau nu să satisfacem poftele unui pacient în stare de regresie apare într-o lumină diferită, atât de diferită, încât ajungem să ne întrebăm dacă problema cu care ne luptăm nu este cumva o falsă problemă care nu poate fi rezolvată niciodată pentru că nu este corect formulată. Adevărata problemă nu vorbește despre gratificarea sau frustrarea pacientului în regresie, ci despre maniera în care reacția analistului la regresie va influența relația pacient–analist și, prin intermediul său, cursul ulterior al tratamentului. Dacă răspunsul analistului — satisfacerea așteptărilor pacientului — îi creează pacientului impresia că analistul său este foarte savant și capabil, la limita omiscienței și a omnipotenței, această reacție va trebui să fie considerată periculoasă și nerecomandabilă; este probabil ca ea să crească inegalitatea dintre pacient și analist și

riscă să provoace stări apropiate celor de dependență, prin agravarea defectului fundamental al pacientului.

Pe de altă parte, dacă satisfacerea se poate realiza astfel încât să nu crească inegalitatea, ci să creeze o relație de obiect pe modelul celei pe care am numit-o iubire primară, trebuie atunci să fie luată serios în considerare ca o metodă superioară.

Propun să facem aici o scurtă digresiune pentru a examina ceea ce numesc *orientarea ocnofilă a tehnicii noastre moderne* și a consecințelor sale. Tehnica și teoria psihanalitică au fost într-atât marcate de intensitatea fenomenelor ocnofile întâlnite în situația analitică, încât tot interesul s-a îndreptat asupra acestora, iar relațiile primare și fenomenele filobate, de asemenea importante, au fost aproape total neglijate. Astfel, s-a dezvoltat teoria „comportamentului de atașament” caracterizată de căutarea obiectului, de agățare și de dependență ambivalentă. Așa cum am arătat în *Thrills and Regressions* (1959), în special în capitolul 12, tehnica psihanalitică modernă recomandă ca tot ceea ce se întâmplă sau este produs de pacient în situația analitică să fie înțeles și interpretat înainte de toate ca un fenomen de transfer. Reciproc, principalul cadru de referință pentru formularea majorității interpretărilor este o relație între un obiect particular important și omniprezent, analistul, și un subiect inferior care nu poate, aparent, să simtă, să gândească sau să trăiască vreun moment care să nu fie în legătură cu analistul său.

Este ușor să înțelegem că această tehnică modernă care constă în interpretarea în primul rând a transferului trebuie să conducă în mod necesar la o imagine a lumii în care un subiect mai degrabă insignifiant se confruntă cu obiecte puternice, cunoscătoare și omniprezente, care au puterea de a exprima totul corect în cuvinte, analistul fiind un exemplu impresionant în acest

sens. Dacă acceptăm că această imagine constituie un eșantion fidel și reprezentativ a ceea ce sunt stadiile timpurii de dezvoltare umană, ajungem cu ușurință la teoria „dependenței orale”. Dependența este evidentă și adjectivul „oral” îi este adăugat prompt sub influența teoriei psihanalitice a pulsionilor, care nu are decât acest termen la dispoziția sa pentru a descrie tot ceea ce este primitiv sau timpuriu. Faptul că în timpul tratamentului realizat în acest fel aproape orice schimbare între pacient și analist are loc prin intermediul cuvintelor întărește aspectele „orale”; iar analiștii, pacienții și teoria noastră asociată întăresc faptul că interpretările — respectiv cuvintele — pot reprezenta „laptele”, în timp ce analistul ar putea reprezenta „sânul”.

Astfel se instaurează un cerc vicios. Tot ceea ce se produce în situația analitică este înțeles și interpretat în această manieră care în schimb îl „învață” pe pacient — așa cum am afirmat în capitolul 15 — să exprime și, într-o anumită măsură, să simtă întreaga sa trăire preverbală în conformitate cu acest limbaj, convingându-l astfel pe analist de veridicitatea teoriei și a interpretărilor sale. Acesta este un exemplu al unui fapt care se produce frecvent în majoritatea științelor și, în particular, în psihanaliză, acela că unele părți de adevăr au servit la refularea întregului adevăr. În exemplul nostru, observarea prezenței constante a fenomenelor „orale” și de „dependență” în orice relație umană reprezintă un adevăr parțial. Ceea ce este refulat este faptul că aceste fenomene sunt departe de a putea explica situația în ansamblu; a fost dovedită doar importanța lor, care a fost exagerată într-o manieră disproporționată față de tehnica noastră actuală.

Exemplul lui Freud pentru susținerea acestui punct de vedere oferă o dovadă foarte bună. Studiul istoriilor sale de caz arată că el i-a acordat transferului întreaga sa atenție necesară, dar,

înainte toate, nu l-a interpretat. Așadar, chiar dacă Freud era pentru pacienții săi un obiect în mod cert foarte important, tehnica lui nu i-a constrâns totuși să-și facă o imagine asupra lumii conformă cu inegalitatea copleșitoare care există între un subiect ocnofil și obiectul său de o importanță primordială, cel pe care l-am descris mai sus. Am menționat deja că termenul de „dependență” apare foarte rar în indexul volumelor din *Opere complete*, în timp ce expresia „dependență orală” nu o găsim deloc.

Pentru a ilustra anumite probleme ridicate în acest capitol, voi cita un episod extras dintr-o terapie lungă. După o ședință nesatisfăcătoare, într-o vineri în care pacientul a acceptat mai degrabă cu părere de rău că nu s-a putut stabili niciun contact veritabil între el și analistul său, deoarece el și-a petrecut întreaga ședință forțându-se să demonstreze inutilitatea analistului, pacientul a avut dificultăți mari de a părăsi cabinetul. Chiar înainte de a deschide ușa, el a spus că s-a simțit groaznic și i-a cerut analistului o ședință suplimentară, oricând în timpul weekendului, pentru a-l ajuta să se refacă.

Problema este, desigur, cum să răspundem la această cerere care, fără îndoială, este o cerere de gratificare. Aș dori să adaug că acest pacient a avut ocazional ședințe suplimentare în timpul weekendurilor; ele i-au procurat întotdeauna o satisfacție foarte mare și, conform schemei obișnuite, i-au calmat de fiecare dată în mod considerabil tensiunea; cu toate acestea, un adevărat travaliu analitic a fost foarte rar posibil în timpul acestor ședințe suplimentare.

Să presupunem că cererea pacientului a fost interpretată ca o „poftă” nouă din partea sa și a antrenat din acest motiv un refuz; chiar dacă pacientul acceptă această interpretare, el se va simți încă și mai prost că l-a deranjat pe analistul său atât de răbdător și amabil, iar suferința sa va

crește. Dacă pacientul nu este de acord cu această interpretare, el va avea sentimentul că analistul său este rău și crud, iar tensiunea în terapie va crește pe măsură; pare puțin probabil ca situația să devină mai tolerabilă dacă analistul o interpretează ca pe o rezistență sau ca transfer al unui sentiment de agresivitate sau de ură din copilărie.

Pe de altă parte, dacă analistul răspunde pozitiv cererii pacientului de a avea o ședință suplimentară, nu contează dacă el o interpretează ca pe o repetiție a unei frustrări precoce, sursă sau rezultat al lăcomiei sau al invidiei, el se transformă în obiect omnipotent și îl obligă pe pacientul său să intre într-o relație onofilă.

Ceea ce am încercat să fac în acest caz a fost, mai întâi, să recunosc și să accept suferința pacientului de așa manieră, încât el să simtă că sunt cu el, apoi să îi comunic sincer impresia mea că faptul de a-i acorda o ședință suplimentară nu ar avea puterea de a-i aduce ceea ce el aștepta și poate chiar ceea ce avea nevoie în acel moment; în plus, aceasta l-ar face să se simtă mic și slab, în timp ce analistul său ar deveni mare și puternic, ceea ce nu ar fi de dorit. Pentru toate aceste motive, cererea a fost respinsă. Pacientul a plecat atunci nesatisfăcut.

Alegând acest răspuns am avut în vedere două obiective. Pe de o parte, am încercat să previn dezvoltarea unei relații nedorite, cum este aceea dintre cineva dezamăgit și frustrat de o autoritate dură și superioară care știe mereu ce este bine sau cea care se stabilește între un individ slab care are nevoie de orice fel de susținere și o autoritate benignă și generoasă — toate conducând la întărirea inegalității dintre subiect și obiectul său puternic. Pe de altă parte, am încercat să stabilesc o relație în care niciunul dintre noi să nu fie atotputernic, în care amândoi să ne putem admite limitele, în speranța că în acest fel s-ar putea stabili o colaborare profitabilă între două persoane care

nu ar fi fundamental diferite ca importanță, greutate și putere.

Aș vrea să adaug aici că s-a întâmplat foarte rar ca pacientul meu să-mi telefoneze, poate că nu mai mult de o dată pe an în caz de urgență. În aceeași zi, el m-a sunat seara după ora 8. De-abia putea să vorbească, a ezitat destul de mult timp, însă a fost, în cele din urmă, capabil să-mi spună că a trebuit să-mi telefoneze... ca să-mi spună că îi venea să plângă... nimic altceva... el nu voia nimic de la mine, nicio ședință suplimentară, dar că a trebuit să-mi telefoneze pentru a-mi aduce la cunoștință cum se simțea.

Acest episod evidențiază modul în care răspunsul analistului a transformat un proces început în direcția „poftei” de satisfacere — o formă probabil malignă — într-o formă benignă, o regresie care avea ca scop recunoașterea. Pacientul s-a putut manifesta astfel fiindcă analistul a evitat orice aparență că ar fi omniscient și atotputernic; pe de altă parte, el a dovedit că era pregătit să-și asume rolul de obiect primar a cărui funcție principală este de a-l recunoaște pe pacient și de a fi împreună cu el.

Efectul imediat al acestui incident a fost o reducere considerabilă a tensiunii; pacientul a avut un sfârșit de săptămână destul de bun și apoi, pentru ceva timp, el a fost capabil de contact și cooperare. Voi spune chiar că acest incident a inițiat — sau a susținut — o schimbare favorabilă a atmosferei în situația analitică, în care a fost posibil să se obțină progrese considerabile.

⁶⁴ Dependența orală este un concept relativ nou. Nu am putut descoperi nicio referire la acesta în scrierile lui Freud și se pare deci că este vorba despre o creație postfreudiană, probabil de origine americană. Consider că ar fi interesant să studiem istoria exactă a evoluției sale. Iată câteva date pentru aceasta.

„Dependență“ fără adjectivul „oral“ apare de câteva ori în manualul lui Fenichel (1945/2013). F. Alexander, în 1950, a folosit pentru prima dată expresia „dependență orală“. Spre surprinderea mea, nu am putut să o găsesc în scrierile lui Melanie Klein; se pare că prima referire care s-a făcut în școala sa se află în *Direcții noi în psihanaliză* (1955), o colecție de articole scrise de Melanie Klein cu ocazia aniversării sale, la vârsta de șaptezeci de ani, în 1952. Aici, de asemenea, adjectivul „oral“ lipsește, dar termenul „dependență“ se referă la ceea ce astăzi ar fi numit dependență orală, dependență în care se găsește copilul raportat la mama sa; cei doi autori care îl folosesc sunt Paula Heimann și Joan Rivière. Din 1952, aproximativ, întâlnim din ce în ce mai frecvent termenul de dependență și chiar pe cel de dependență orală în scrierile lui Winnicott, însă se pare că nu înainte de această dată.

Analistul discret

Am terminat capitolul 22 cu cele două forme de regresie, însă nu am studiat problemele tehnice referitoare la ceea ce analistul poate face pentru a evita, în măsura posibilului, orice risc de regresie malignă, precum și modalitatea în care poate asigura dezvoltarea unei forme benigne. Discuția din capitolul precedent ne-a oferit câteva direcții generale asupra felului în care se poate face acest lucru. Cu cât tehnica și comportamentul analistului sugerează omnisciența și omnipotența, cu atât crește riscul apariției unei forme maligne de regresie. Pe de altă parte, cu cât analistul poate reduce inegalitatea dintre pacient și el însuși, și cu cât poate rămâne mai discret și neintruziv în ochii pacientului său, cu atât mai mari vor fi șansele să se dezvolte o formă de regresie benignă.

Astfel, am ajuns aici la una dintre cele mai importante probleme ale tehnicii analitice moderne: este vorba despre a ști cum să folosim cei doi agenți terapeutici — interpretarea și relația de obiect — în diferite cazuri; când, în ce proporții și în care ordine. Această chestiune este întotdeauna importantă, dar mai cu seamă intensă, în tratamentul unui pacient în stare de regresie, atunci când travaliul a atins aria defectului fundamental. Apoi, așa cum am menționat, cuvintele nu au, se pare, decât o utilitate limitată și nesigură în aceste arii și, în consecință, relația de obiect este cel mai important și mai sigur factor terapeutic în timpul acestor perioade, interpretările reluându-și întreaga lor importanță după aceea, atunci când pacientul a ieșit din regresia sa.

Trebuie să ne întrebăm acum care este tipul de tehnică de care dispune analistul pentru a crea relația de obiect care, în opinia sa, este cea mai potrivită pentru un anumit pacient; sau, cu alte

cuvinte, ar putea avea cel mai bun efect terapeutic. Primul analist care a făcut observații relativ sistematice în ceea ce privește aceste efecte a fost Ferenczi. În această perspectivă, „tehnica sa activă“ și „principiul relaxării“ erau încercări deliberate pentru a crea relații de obiect care, după părerea sa, erau cel mai bine adaptate nevoilor anumitor pacienți, ca și atmosfera creată conform recomandărilor clasice ale lui Freud. Ferenczi a recunoscut destul de repede că, orice ar fi încercat să facă, consecința era că pacienții deveneau mai dependenți de el; adică el însuși devenea din ce în ce mai important în ochii lor; pe de altă parte, el nu putea recunoaște motivele pentru care lucrurile se petreceau astfel.

Astăzi putem adăuga că tehnica sa, în loc să reducă inegalitatea dintre pacienți și el însuși, o creștea, iar pacienții îl simțeau ca fiind cu adevărat omnipotent și omniscient.

Atunci când am debutat în carieră, mi-am dat seama destul de repede că, dacă respectăm parametrii tehnicii clasice, înseamnă că acceptăm o selecție strictă a pacienților. Aceasta era inadmisibil pentru entuziasmul meu de începător și, sub influența lui Ferenczi, am început să lucrez asupra comunicărilor nonverbale; din 1932, mai multe dintre articolele mele fac cunoscute aceste experiențe și rezultatele obținute; majoritatea lor au fost publicate din nou în *Iubirea primară*⁶⁵ (Balint, M., 1952). Desigur, tehnicile și ideile mele s-au schimbat considerabil de-a lungul anilor, și deși sunt foarte conștient de natura provizorie a ideilor mele actuale, ele au atins un stadiu nou în care pot să le „organizez“, adică să le exprim într-o formă suficient de concretă pentru a putea să le discutăm și, mai ales, să le criticăm.

În eforturile mele de a depăși dificultățile pe care le-am menționat, am experimentat timp de câțiva ani o tehnică ce îi permite pacientului să trăiască o relație bipersonală care nu poate, nu e

nevoie și posibil nu trebuie să fie tradusă în cuvinte, dar care se exprimă câteodată, în mod unic, prin ceea ce numim „punere în act“ în situația analitică. Mă grăbesc să adaug că toate aceste comunicări nonverbale, punerile în act vor fi, în mod firesc, perlaborate de îndată ce pacientul a depășit acest nivel și a atins nivelul oedipian — însă nu înainte.

Aș dori să recapitulez aici diferitele raționamente care m-au condus către realizarea acestor experiențe. În mai multe ocazii, m-am simțit supărat și deznădăjduit să constat cum cuvintele încetau să fie mijloace sigure de comunicare atunci când travaliul analitic atingea zone situate dincolo de nivelul oedipian. Analistul poate încerca, pe cât posibil, să facă în așa fel încât interpretările sale să fie clare și fără echivoc; pacientul, cumva, reușește întotdeauna să le simtă într-o manieră cu totul diferită de cea pe care analistul a intenționat-o. La acest nivel, orice încercare făcută pentru a explica, a argumenta, a oferi versiuni ameliorate sau modificate rămâne fără efect; analistul nu poate decât să accepte realitatea amară; în aceste arii, în locul clarificării situației, cuvintele sale sunt, adesea, înțelese greșit, interpretate greșit și tind să crească acea confuzie de limbaj între pacient și el însuși. Într-adevăr, cuvintele devin nesigure, iar efectele lor sunt imprevizibile.

Această observație clinică este atât de importantă pentru raționamentul meu, încât o voi prezenta dintr-un alt unghi. Cuvintele — în aceste perioade — încetează să fie vehiculul asocierii libere; ele au devenit neînsuflețite, repetitive și stereotipe; ele dau impresia unui disc vechi de gramofon, în care acul rulează la nesfârșit prin același loc. Pe de altă parte, se întâmplă adesea la fel cu interpretările analistului; în timpul acestor perioade, ele par, de asemenea, să treacă interminabil prin același loc. Analistul descoperă

atunci cu disperare și consternare că nu folosește la absolut nimic, în acele momente, să continue să interpreteze comunicările verbale ale pacientului său. La nivelul oedipian — și chiar la anumite niveluri așa-zis preoedipiene — o interpretare corectă, care face un conflict refulat să devină conștient și permite astfel rezolvarea unei rezistențe sau înlăturarea unui clivaj îl determină pe pacient să reia cursul asocierilor; la nivelul defectului fundamental, aceasta nu se întâmplă în mod necesar. Interpretarea este atunci simțită fie ca o interferență, o cruzime, o cerere nejustificată sau o intruziune incorectă, ca un act ostil sau ca un semn de afecțiune, fie, în sfârșit, drept ceva atât de lipsit de viață, de fapt mort, încât nu are niciun efect.

Un alt raționament al meu a început cu descoperirea orientării ocnofile a tehnicii psihanalitice, despre care am discutat deja în capitolele precedente (și în 1959, capitolul 12). În zilele noastre li se recomandă analiștilor să interpreteze tot ceea ce se produce în situația analitică, mai ales în termenii transferului, adică în termenii relației de obiect. Această tehnică, de altminteri rezonabilă și eficientă, semnifică faptul că ne oferim în mod constant pacienților noștri ca pe un obiect de care ei să se agațe și interpretăm ca rezistență, agresivitate, narcisism, sensibilitate, angoasă paranoidă, angoasă de castrare și așa mai departe tot ceea ce este contrar acestei agățări. Se creează, din cauza acestui fapt, o atmosferă foarte ambivalentă și încărcată, iar pacientul face eforturi deosebite, împins de propria sa dorință de independență, însă întâlnește peste tot obstacolul interpretărilor de „transfer“ ocnofile.

Al treilea raționament al meu decurge din studiul pe care l-am făcut asupra „pacientului tăcut“. Este din ce în ce mai acceptat faptul că tăcerea poate avea semnificații diferite, fiecare semnificație necesitând o tehnică diferită. Tăcerea

poate fi un vid arid și înspăimântător, potrivit vieții și dezvoltării și, în acest caz, trebuie să scoatem pacientul din ea cât de repede posibil; tăcerea poate fi un spațiu stimulant și benefic, care invită pacientul în călătorii aventuroase, pe teritorii neexplorate ale vieții sale fantasmatică: în acest caz, orice interpretare ocnofilă poate fi absolut inoportună, de fapt tulburătoare; tăcerea poate, de asemenea, însemna o încercare de a restabili amestecul armonios al iubirii primare care exista între individ și mediul său înainte de apariția obiectelor; în acest caz, orice interferență, fie printr-o interpretare, fie prin altă modalitate, este strict contraindicată, căci poate distruge armonia, supunând pacientul anumitor exigențe.

Acest ultim raționament se leagă de ideile mele referitoare la aria creației, o arie a psihismului în care nu există obiect extern organizat și orice intruziune a unui astfel de obiect prin intermediul interpretărilor, căutând să mobilizeze atenția, distruge inevitabil posibilitatea ca pacientul să creeze ceva plecând de la el însuși.

Am discutat în capitolul 5 că în această arie obiectele rămân încă neorganizate, iar procesele de creație care conduc la organizarea lor necesită, înainte de toate, timp. Acest timp poate să fie scurt sau foarte lung, însă oricare ar fi durata, ea scapă oricărei influențe exterioare. Același lucru se întâmplă cu creațiile pe care pacienții le realizează plecând de la inconștientul lor. Acesta este, poate, unul dintre motivele care îi fac pe pacienții în stare de regresie să simtă în această arie interpretările obișnuite ale analistului ca fiind inadmisibile. Interpretările sunt gânduri sau obiecte întregi „organizate“ a căror interacțiune cu conținuturile nebuloase, cu aparență onirică, încă neorganizate ale ariei creației, poate provoca fie ravagii, fie o organizare artificială și prematură.

Aceste stări, foarte diverse, se prezintă toate în exterior sub forma unui pacient tăcut, care pare să

se retragă din traviul analitic normal, care „acționează“ în loc să asocieze sau, câteodată, chiar repetă în loc să rememoreze; în fine, am putea spune, de asemenea, că el regresează la un comportament primitiv în loc să progreseze către observarea regulii fundamentale. Toate aceste descrieri — retragere, punere în act, repetiție în loc de rememorare, regresie — sunt corecte, însă incomplete și, în consecință, pot duce la măsuri tehnice eronate.

Astfel, tehnica pe care am considerat-o, de obicei, eficientă cu pacienții aflați în regresie la nivelul defectului fundamental sau la nivelul creației a fost aceea de a-i lăsa regresiei tot timpul care îi este necesar, fără a încerca să intervenim cu forța printr-o interpretare. Acest interval de timp poate fi de doar câteva minute, dar, de asemenea, se poate întinde mai mult sau mai puțin pe durata ședințelor. Așa cum am menționat de mai multe ori, cuvintele au încetat să mai fie mijloace de comunicare sigure în timpul acestor perioade; cuvintele pacientului nu mai vehiculează asocierile libere, ele au devenit neînsuflețite, repetitive și stereotipe, ele nu mai înseamnă ceea ce par să spună. Chiar în acest caz, recomandarea tehnică obișnuită rămâne valabilă; analistul are ca sarcină înțelegerea a ceea ce se ascunde în spatele cuvintelor pacientului; problema este doar aceea de a găsi modalitatea de a comunica această înțelegere unui pacient în stare de regresie. Răspunsul meu constă în a accepta fără rezervă faptul că acum cuvintele au devenit nesigure și, în mod provizoriu, trebuie să renunțăm la orice încercare de a-l constrânge pe pacient să revină la nivelul verbal. Aceasta înseamnă să abandonăm orice încercare de „organizare“ a materialului produs de pacient — care nu este oricum un material „bun“ — și să îl tolerăm ca fiind incoerent, lipsit de sens, neorganizat până când pacientul — după ce a revenit la nivelul oedipian

al limbajului convențional — va fi capabil să îi ofere analistului cheia pentru a-l înțelege.

Altfel spus, analistul trebuie să accepte regresia. Aceasta înseamnă că el trebuie să creeze un mediu, o atmosferă în care el și pacientul pot tolera trăirea comună a regresiei. Acest fapt este esențial deoarece, în aceste stări, orice presiune exterioară exercitată asupra pacientului întărește tendința sa deja marcată de a dezvolta relații de inegalitate între el însuși și obiectele sale, perpetuând, astfel, dispoziția sa către regresie.

Vreau să ilustrez ceea ce am spus reluând un episod dintr-o analiză care la acea vreme se desfășura de aproximativ doi ani. Pacientul a rămas tăcut chiar de la începutul ședinței mai mult de 30 de minute; analistul a acceptat și, înțelegând ceea ce putea să se întâmple, a așteptat fără să încerce să intervină în vreun fel; de fapt, el nu se simțea inconfortabil sau presat să facă ceva. Voi adăuga că, în acest tratament, tăcerile se instalaseră anterior în mai multe ocazii, iar pacientul, ca și analistul aveau, astfel, un anumit antrenament în tolerarea lor. Tăcerea a fost ruptă în cele din urmă de pacient, care a început să suspine, ușurat și imediat după aceea, el a putut să vorbească. I-a spus analistului său că se simțea în sfârșit capabil să se regăsească; încă din copilăria sa el nu fusese niciodată lăsat în pace, exista întotdeauna cineva care să-i spună ce trebuie să facă. Câteva ședințe mai târziu el a relatat că în timpul tăcerii îi veneau tot felul de asocieri, însă le îndepărta pe fiecare considerându-le lipsite de importanță, nimic altceva decât simple necazuri.

Desigur, tăcerea putea să fie cu ușurință interpretată ca o rezistență, retragere, ca un semn al unei frici persecutorii, ca o incapacitate de a face față angoaselor depresive, ca simptom al unei compulsii la repetiție etc.; în plus, analistul, cunoscându-l destul de bine pe pacientul său, ar fi putut interpreta sau ghici un anumit subiect în

asocierile sale și, de asemenea, câteva dintre motivele pentru care simțea acea idee particulară ca fiind lipsită de importanță și o respingea. Toate aceste interpretări ar fi putut să fie corecte din toate punctele de vedere — cu excepția unuia singur: ele ar fi distrus tăcerea și pacientul nu ar mai fi fost capabil să se „regăsească” sau cel puțin nu de data aceasta. Există un alt efect secundar și nedorit al interpretării care era, de altfel, corectă: aceasta ar fi reinstaurat inevitabil compulsiya puternică la repetiție a pacientului, și încă o dată cineva ar fi fost acolo pentru a-i spune ce să simtă, să gândească, de fapt, ce să facă.

Mai mult, toate acestea s-ar fi produs într-o relație exclusiv bipersonală; problema dinamică de tratat nu avea structura unui conflict ce necesita o „soluție”. Situația cerea puțin mai multă abilitate din partea analistului decât înțelegerea unei asocieri verbale, de exemplu; dacă ar fi găsit răspunsul corect la tăcere, analistul ar fi riscat să trezească în pacientul său speranța că un astfel de lucru ar putea să se repete și să împiedice astfel dezvoltarea unor stări asemănătoare celor de dependență; un alt risc era acela de a-l lăsa pe pacient să creadă că analistul său era atât de înțelept și de puternic, încât putea să-i citească gândurile neexprimate și să îi răspundă corect, adică riscul de a deveni „omnipotent” și, în fine, cuvintele nu erau un mijloc sigur în această situație, ele l-ar fi incitat probabil pe pacient să treacă prematur în zona oedipiană și, în loc să ridice anumite obstacole întâlnite în travaliul terapeutic, ele ar fi creat altele. Firește, există aici un ansamblu de semne caracteristice care indică faptul că travaliul analitic a atins aria defectului fundamental.

Atât timp cât regresia pacientului rămâne la acest nivel, tehnica adecvată constă în a accepta „punerea în act” ca pe un mijloc de comunicare autentic în situația analitică, fără nicio încercare de

a o „organiza“ rapid prin interpretări. Categorie, aceasta nu înseamnă că rolul analistului devine neglijabil în timpul acestor perioade sau că se limitează la o pasivitate binevoitoare; dimpotrivă, prezența sa este de cea mai mare importanță, nu doar pentru că el trebuie să fie simțit ca prezent, ci pentru că trebuie să rămână tot timpul la o distanță potrivită — nici prea departe, căci pacientul ar risca să se simtă pierdut sau abandonat, nici prea aproape, căci pacientul ar putea avea impresia că este împovărat și că nu este liber —, la o distanță care corespunde nevoii actuale a pacientului; în general, analistul trebuie să știe care sunt nevoile pacientului său, de ce ele sunt așa cum sunt și de ce variază și se schimbă.

Din altă perspectivă, problema tehnică este cum să-i oferi unui pacient „ceva“ care să poată funcționa ca obiect primar sau cel puțin un substitut adecvat pentru acesta sau, cu alte cuvinte, ceva asupra căruia el își poate proiecta iubirea sa primară.

Acest „ceva“ trebuie să fie (a) analistul însuși (analistul care își asumă terapia regresiei) sau (b) situația terapeutică? Este vorba despre a determina care dintre cele două este cea mai convenabilă pentru a dobândi împreună cu pacientul o armonie suficientă astfel încât conflictele de interese să fie minime între pacient și obiectul disponibil în prezent. În general, este mai sigur dacă pacientul poate folosi situația terapeutică ca pe un substitut, pentru simplul fapt că aceasta diminuează riscul de a-l vedea pe analist devenind un obiect cu o foarte mare importanță, omniscient și omnipotent.

Oferirea unui „obiect primar“ pacientului nu echivalează, desigur, cu a-i oferi iubirea primară; pe de altă parte, nici mamele nu o *oferă*. Ceea ce fac ele este să se comporte ca obiecte primare veritabile, adică să se ofere ca obiecte primare, pentru a fi investite cu iubirea primară. Această diferență între a „oferi iubirea primară“ și

„oferirea propriei persoane pentru a fi investită cu iubire primară“ poate avea o importanță primordială pentru tehnica noastră, nu doar când este vorba despre pacienți în regresie, ci și în anumite situații terapeutice dificile.

Pentru a descrie același rol dintr-o altă perspectivă, adică folosind alte „cuvinte“: analistul trebuie să funcționeze în aceste perioade ca un furnizor de timp și mediu. Aceasta nu înseamnă că îi revine obligația de a compensa privările precoc ale pacientului, oferindu-i mai multă îngrijire, iubire, afecțiune decât au făcut-o în trecut părinții pacientului (pe de altă parte, chiar dacă ar încerca, el cu siguranță ar putea eșua). Ceea ce analistul trebuie să procure — și pe cât posibil, doar în timpul ședințelor regulate — este timp suficient, care să fie liber de tentații, de stimuli și de exigențe extrinseci, inclusiv de cele care provin de la el însuși (de la analist). Scopul este ca pacientul să fie capabil să se regăsească, să se accepte și să se acomodeze cu el însuși fără să uite niciodată că are o cicatrice în el, defectul său fundamental, care nu poate fi „analizat“ în afara existenței sale; în plus, lui trebuie să îi fie permis să își găsească propria cale către lumea obiectelor — și nu să i se arate calea cea „bună“, printr-o interpretare profundă sau corectă. Dacă acest fapt poate fi realizat, pacientul nu va mai avea impresia că obiectele îl invadează sau că îl presează. Doar în această măsură analistul trebuie să ofere un mediu mai bun, mai „înțeleghător“, dar în niciun caz sub forma unor oferte suplimentare de iubire, de atenție, de gratificare sau de protecție. Poate că ar trebui să se sublinieze faptul că astfel de considerații pot constitui un criteriu pentru a determina dacă o „pofță“ sau o „nevoie“ trebuie să fie satisfăcută sau trebuie să fie recunoscută, însă să rămână nesatisfăcută.

Principiul director în timpul acestor perioade este evitarea oricărei intervenții care nu este

absolut necesară; interpretările trebuie să fie, în mod special, examinate cu meticulozitate, din moment ce ele nu mai sunt atât de des simțite drept exigențe nejustificate, ca un atac, o critică, seducție sau stimulare; ele trebuie să fie oferite doar dacă analistul este sigur că pacientul are *nevoie* de ele și să *nu fie oferite* în anumite momente în care ar fi simțite ca o cerere nejustificată sau ca o stimulare. Din acest punct de vedere, poate fi înțeles mai bine ceea ce eu numesc riscul interpretărilor ocnofile; deși pacientul are nevoie de un mediu, de o lume de obiecte, astfel de obiecte — și în primul rând analistul — nu trebuie să fie simțite în niciun fel ca exigente, indiscrete sau inoportune, căci astfel s-ar putea reinstaura vechea inegalitate persecutorie dintre subiect și obiect.

Sper că această descriere clinică îl va ajuta pe cititor să înțeleagă de ce mulți analiști folosesc atâtea termeni pentru a o descrie. Unii dintre acești termeni au fost enumerați la sfârșitul capitolului 24. Toți aveau în comun trăsăturile următoare: ei conțineau ideea ca niciun obiect persecutor sau exigent să nu fie prezent; ca mediul să fie calm, liniștit, sigur și neintruziv; ca el să fie prezent și favorabil subiectului, fără însă ca subiectul să fie obligat în vreun fel să-l remarce, să-l recunoască sau să se îngrijoreze în legătură cu el. Încă o dată, aceste trăsături comune sunt exact caracteristicile a ceea ce eu am numit obiectele sau substanțele primare.

A oferi un obiect sau un mediu de acest fel este, desigur, o parte importantă a obiectivului terapeutic. Este evident că aceasta nu este decât o parte și nu ansamblul obiectivului terapeutic. În afară de calitatea de obiect care „recunoaște nevoile” și, poate, de cea de obiect care „satisface nevoile”, analistul trebuie să fie capabil să comunice înțelegerea sa pacientului.

⁶⁵ *Primary Love. (N. t.)*

Depășirea abisului

În capitolul 14 am vorbit despre prăpastia profundă care separă „copilul din pacient” de analistul său adult și am constatat că pacientul în stare de regresie la nivelul defectului fundamental era, în general, incapabil să o depășească prin propriile sale forțe. Am căutat atunci să aflu care parte din această sarcină îi revine analistului și care trebuie să-i fie lăsată pacientului. Primul răspuns la problema noastră — cum să depășești abisul — este calea obișnuită: a înțelege de ce are nevoie pacientul de la analistul său. Această înțelegere nu necesită — și câteodată este absolut contraindicat — să îi fie comunicată unui pacient în stare de regresie, prin interpretări, ci prin crearea atmosferei de care el are nevoie. Aceasta înseamnă tolerarea și respectarea „punerii în act” analitice a pacientului și, în special, fără ca el să fie îndemnat să schimbe rapid modalitățile de exprimare nonverbale cu forma verbală oedipiană. În capitolul anterior am încercat să rezum ce poate face analistul din punctul meu de vedere. Dacă ideile mele s-au dovedit a fi corecte, ele vor permite explicarea numeroaselor dificultăți care urmează inevitabil atunci când un analist, sedus de suferințele pacientului său, încearcă să facă mai mult.

În special atunci când abordează aceste stări, analistul nu trebuie niciodată să piardă din vedere faptul că este mai bine să evite infiltrarea apărărilor sau înlăturarea clivajelor prin interpretări corecte sau incisive deoarece pacienții săi în regresie ar putea să simtă aceste interpretări ca pe o lipsă de încredere în justificarea sau valabilitatea plângerilor, reproșurilor și resentimentelor lor. Dimpotrivă, analistul trebuie în mod sincer să accepte plângerile, acuzațiile și

resentimentele ca fiind reale și adevărate și să-i lase pacientului tot timpul necesar pentru a-și transforma resentimentul intens în regret. Acest proces nu trebuie grăbit prin interpretări, oricât de corecte ar fi, din moment ce ele ar putea să fie simțite de pacienți ca o intervenție inoportună, ca o încercare de devalorizare argumentată a plângerilor lor și, astfel, în loc să accelereze procesele terapeutice, le vor încetini.

Anumiți pacienți au, într-adevăr, sentimentul că viața nu merită trăită fără nemulțumirile și ura lor, sau invers, dacă nu obțin întreaga compasiune pentru toate nemulțumirile lor și ura care le este atașată. Orice interpretare care încearcă o nouă clarificare cu privire la nemulțumirea pacientului este trăită de acesta ca și cum analistul ar încerca să îi devalorizeze nemulțumirile. Orice tentativă de acest fel este simțită ca o amenințare la adresa rațiunii lui de a trăi; el are, într-adevăr, impresia că nu mai există nimic altceva pentru care să trăiască.

Este mai mult sau mai puțin adevărat, în ceea ce privește angoasele așa-zis persecutorii, care nu pot să fie analizate eficient decât dacă pacientul este ajutat să simtă că analistul este cu el, acceptând necondiționat motivele pentru care se plânge și permițându-i pacientului să parcurgă o perioadă suficient de lungă, câteodată foarte lungă, de agresivitate intensă urmată de doliu și de regret cu privire la deficiența sau eșecurile originare și toate pierderile cauzate de acestea.

Cu condiția ca analistul să fie capabil să îndeplinească majoritatea acestor exigențe sincere și necondiționate, ar putea să se dezvolte o nouă relație care îi va permite pacientului să trăiască un fel de regret sau de doliu relativ la imperfecțiunea și la pierderea originară care se află la baza defectului sau a cicatricii în structura sa psihică. Acest doliu diferă fundamental de doliul provocat de pierderea reală a unei persoane iubite sau de cel trăit atunci când un obiect intern este deteriorat sau

distrus, ca în melancolie. Regretul sau doliul despre care vorbesc se referă la faptul inalterabil al unei imperfecțiuni sau al unui deficient în sine care, de fapt, pune în umbră întreaga sa viață și ale cărei efecte nefericite nu vor putea niciodată să fie în întregime reparate. Deși deficientul ar putea să fie vindecat, cicatricea va fi definitivă; aceasta înseamnă că unele dintre efectele sale vor fi întotdeauna demonstrabile⁶⁶.

Este necesar ca perioada de doliu să poată să-și urmeze cursul său care, cu anumiți pacienți, poate să fie exasperant de lung. Deși acest proces nu poate să fie grăbit, este foarte important ca el să fie cunoscut; din moment ce aparține ariei defectului fundamental, este aparent imposibil ca pacientul să treacă prin acest doliu în întregime singur; acest fapt nu este posibil decât în cadrul unei relații bipersonale, cum este situația analitică. Dacă analistul poate asigura o perioadă suficient de lungă pentru ca acest doliu să aibă loc, dacă el poate, cu ajutorul toleranței și al interpretărilor sale neintruzive, să mențină atmosfera primitivă necesară, pacientul începe să coopereze într-o manieră puțin diferită decât înainte, ca și cum ar fi devenit dispus și capabil să-și reevalueze poziția *vizavi* de obiectele sale și să reexamineze eventualitatea de a accepta lumea, adesea neatrăgătoare și indiferentă, care îl înconjoară.

Detaliile atitudinii terapeutice pe care le-am subliniat aici nu sunt fundamental diferite de cele ale atitudinii pe care analistul o adoptă atunci când lucrează cu pacienții la nivelul oedipian, și chiar subiectele abordate sunt în general aceleași; însă există o diferență care este, mai degrabă, una de atmosferă, a dispoziției. Această diferență îi afectează în aceeași măsură pe pacient și pe analist. Analistul este mai puțin avid să „înțeleagă” totul imediat și, în particular, să „organizeze” și să schimbe prin interpretări corecte tot ceea ce este inoportun; de fapt, este mai tolerant cu privire la

suferințele pacientului și este capabil să le suporte — adică să accepte neputința sa relativă — în loc să facă eforturi să le „analizeze“ până la dispariția lor, pentru a-și dovedi omnipotența sa terapeutică. Analistul nu cedează unei alte tentații, aceea de a influența viața pacientului în stare de regresie printr-o „gestionare“ binevoitoare, astfel încât acesta să nu mai fie supus de mediul său la exigențe insuportabile — care ar fi un altfel de răspuns omnipotent. El nu se mai forțează să-i ofere pacientului său „experiențe emoționale corectoare“ în sensul în care un medic ar trata o stare de deficiență — o a treia formă de reacție omnipotentă. De fapt, dacă analistul simte cea mai mică înclinație de a-i răspunde pacientului său în regresie printr-un tip de comportament omnipotent, putem vedea aici un anumit semn diagnostic că travaliul a atins aria defectului fundamental. Insist asupra faptului că orice tendință de acest fel din partea analistului trebuie considerată ca un simptom al maladiei pacientului și că nu trebuie acționat în niciun caz conform acestei tendințe — un sfat mai ușor de dat decât de urmat.

Acum voi face câteva remarci cu privire la „gratificarea nevoilor sau poftelor pacientului“. În tehnica noastră clasică, această cerere nu este acceptată ca o posibilă nevoie legitimă la care trebuie să se răspundă, ci doar ca o dorință care trebuie să fie înțeleasă. Anumite tehnici moderne recomandă analistului să ia în considerare satisfacerea unora dintre nevoile pacientului, fără să ia în considerare înțelegerea lor în cadrul situației analitice și permițând, de exemplu, câteva „puneri în act“.

Aici apar mai multe probleme. Trebuie să ne întrebăm în ce moment această satisfacere ar putea apărea, ce fel de satisfacere poate fi permisă și cum ar trebui să aibă loc această satisfacere.

Să începem printr-un exemplu clinic. Una dintre pacientele mele povestea că, în copilăria sa, era copleșită de crize de furie. Aceste episoade erau foarte dureroase atât pentru ea însăși, cât și pentru toată familia. Cu toate acestea, mama sa nu întârzia să găsească o cale pentru a-i calma accesele de furie. Ea își lua fiica în brațe și o ținea strâns, cu fermitate, însă nu într-un fel violent; pacienta mea își amintea că simțea această strângere plină de înțelegere ca fiind liniștitoare și sigură și câteva minute erau suficiente pentru a o calma. În acest caz, putem considera crizele de furie ale pacientei ca pe un fel de cerere, iar tratamentul aplicat de mamă ca pe un fel de răspuns.

Să presupunem că ceva asemănător se produce într-o analiză. Analistul trebuie să facă ceva echivalent cu ceea ce făcea acea mamă și dacă da, în ce fel? Trebuie să încerce să-și conțină pacientul prin interpretări, printr-un act simbolic sau chiar în realitate, folosindu-și mâinile? În ce fel de cazuri trebuie el să trateze „copilul din pacient“ ca pe un copil și în ce caz ca pe un adult? Înainte de a ne indigna cu privire la ce ar putea insinua propunerile mele, permiteți-mi să amintesc faptul că atmosfera situației analitice este, în orice caz, o modalitate de a „ține pacientul strâns“. În cele din urmă, pacientul este invitat să se întindă pe divan și să nu se ridice, ceea ce nu poate fi resimțit decât ca o (con)strângere. Pentru a reveni la problema noastră, voi numi atmosfera analitică clasică o constrângere realizată prin acțiunea simbolică a analistului și voi adăuga că prin intermediul acestei acțiuni simbolice între pacient și analist se dezvoltă un fel de relație care este, până la un anumit punct, reciproc satisfăcătoare.

În plus, metoda clasică reprezintă un exemplu convingător al unei acțiuni simbolice realizate de analist înainte de orice interpretare: invitându-i pe pacienții noștri să se întindă, noi exercităm asupra

lor o constrângere simbolică înainte să apară o nevoie de a interpreta sau de a acționa. Acest exemplu reprezintă, de asemenea, un alt aspect important al satisfacerii unei nevoi de către analist, în situația analitică. Știm că, în general, există două feluri de satisfaceri. Un prim grup, deși satisfăcător în sine, acționează în același timp și ca un stimul nou care crește excitația globală. Diferite mecanisme de plăcere preliminară folosite în actul amoros sunt un exemplu bine cunoscut. Celălalt grup de satisfaceri produce un efect liniștitor și calmant. Ele acționează prin îndepărtarea stimulilor iritanți sau excitanți din conștientul pacientului și îl ajută astfel să atingă starea pe care am descris-o ca fiind una de bunăstare calmă și liniștită și care reprezintă cea mai bună bază în ceea ce privește înțelegerea bună între individ și mediul său.

Dacă este permis să generalizăm plecând de la acest exemplu, obținem încă un răspuns la una dintre întrebările noastre. Tipul de satisfacere care este compatibil cu situația analitică este cel care nu îl excită pe pacient; care, dimpotrivă, reduce tensiunea globală și conduce, în acest fel, către stabilirea unei înțelegeri mai bune între el și analistul său. Dacă examinăm îndeaproape atmosfera analitică clasică, vom descoperi că există un anumit număr de satisfaceri de acest fel care îi sunt inerente. Vom menționa câteva: camera liniștită care are o temperatură agreabilă, un divan confortabil, un mediu care nu este excitant, analistul care nu îl întrerupe inutil pe pacient, libertatea deplină de exprimare a ceea ce gândește pacientul și așa mai departe. În general, acest tip de satisfacere ar putea fi descris ca un fel de solitudine sau chiar ca un fel de maternaj psihologic.

Toate acestea încep desigur odată cu începutul unei analize. Anumiți analiști sunt ferm convinși că limitele stabilite de recomandările tehnice ale

lui Freud trebuie să rămână categorice pentru totdeauna, iar transgresarea acestor recomandări nu trebuie să fie considerată analitică. Din punctul meu de vedere, atitudinea lor este prea rigidă. Permiteți-mi să repet încă o dată că, în anumite cazuri, în special atunci când este vorba despre un pacient în regresie, un analist poate merge puțin mai departe, în sensul satisfacerii anumitor cereri, pentru a asigura existența unei relații terapeutice.

El trebuie totuși să respecte anumite condiții. Prima este aceea de a nu favoriza riscul ca, prin acțiunea sa, să devină un „obiect omniscient și omnipotent“. A doua este aceea că el trebuie să fie sigur că gratificarea nu va avea drept efect o nouă creștere de excitație în pacient, ci că va conduce către stabilirea unei „stări de bine, liniștite“ și către o înțelegere mai bună, mai sigură între pacient și el însuși. O altă condiție este ca el să vadă modalitatea în care poate evita dezvoltarea unei forme maligne de regresie.

Cu cât impresia că regresia are ca obiectiv esențial gratificarea printr-un obiect exterior este mai puternică, cu atât analistul ar trebui să fie mai prevăzător. În special, dacă pacientul nu dispune decât de posibilități limitate în lumea obiectelor, cu atât mai mare va fi pericolul de a dezvolta stări asemănătoare celor de dependență.

Consider că acesta este un criteriu suficient de important. Aparent, pare să meargă în două direcții: el exercită o influență asupra devenirii pacientului, însă aruncă, de asemenea, o anumită lumină asupra psihopatologiei sale trecute. Dacă lumea exterioară conține puține obiecte bune care să fie demne de încredere, pericolul de a vedea dezvoltându-se un transfer foarte intens, delirant (Margaret Little, 1938, 1961) este foarte mare, iar perspectiva unei compensări prin ceva care are o aceeași importanță și o aceeași intensitate în lumea exterioară este relativ redusă. Pe de altă parte, absența obiectelor bune semnifică, de asemenea,

că pacientul nu are, din cauza nevrozei sale, decât o capacitate limitată de a realiza „travaliul de cucerire“ (Balint, M., 1947) necesar pentru a transforma un obiect indiferent într-un partener cooperant; acesta este indiciul unui defect fundamental suficient de sever în structura sa psihică și caracterul său.

Dacă totuși există obiecte bune exterioare, sau chiar parteneri, analistul își poate asuma anumite riscuri, așa cum mi s-a întâmplat mie în cazul saltului acrobatic. Pe de altă parte, dacă lumea exterioară este săracă în parteneri acceptabili, este mai bine să avem în minte sfatul lui Freud și să fim prudenți cu poftele pacientului.

Totuși, dacă simptomele celui alt tip de regresie predomină în tabloul clinic, cele ale unei regresii care are ca scop recunoașterea, consider că perspectivele sunt suficient de bune. Cu siguranță că analistul trebuie să fie pregătit să treacă prin momente de testare, în special în ceea ce privește sinceritatea sa. Ceea ce pacienții nu pot suporta este să nu primească de la analistul lor adevărul, întregul adevăr și nimic altceva decât adevărul. În general, ei sunt deja hipersensibili; orice semn de lipsă de sinceritate, chiar dacă face parte dintre formele convenționale de politețe, riscă să le provoace suferința și retragerea.

Dacă analistul reușește să treacă de toate aceste piedici, pacientul, parțial ca răspuns la toleranța crescută a analistului său, dă dovadă de o forță liniștită care, altfel, ar fi rămas ascunsă, aceea de a merge pe firul lucrurilor, de a le include — spre aprobare, pentru a spune astfel — pentru a fi capabil să le înțeleagă sau, pur și simplu, să le examineze.

Cu aceasta, pacientul iese treptat din regresia sa. Aceasta nu este ultima etapă, ea poate fi chiar urmată de recidive, însă reprezintă întotdeauna un pas înainte într-un parcurs lung. Astfel, ceea ce am descris în această parte nu constituie nici sfârșitul,

nici întreaga istorie. Aceasta înseamnă totuși, întotdeauna, instaurarea unei relații noi între pacient și o parte din universul său, care a fost până acum interzisă de prăpastia creată de defectul său fundamental, și, în consecință, un pas înainte către o integrare mai bună a Eului.

Așa cum am spus, ceea ce am condensat în această parte nu este întreaga istorie. Pot chiar să arăt câteva dintre capitolele care lipsesc. Mai întâi, nu am spus nimic despre funcția pe care repetiția și punerea în act o pot avea în cura analitică; cu alte cuvinte, nu am definit în care moment, în ce măsură și în care condiții repetiția poate deveni un agent terapeutic. Un alt capitol ar putea să trateze căile care i se oferă virtual pacientului pentru a-și modifica lumea interioară, care determină în mare parte relația sa cu obiectele exterioare. Un capitol paralel ar putea să examineze mijloacele tehnice de care dispunem noi, analiștii, pentru a-i ajuta pe pacienții noștri să realizeze această modificare. Și, în fine, într-un capitol cu siguranță foarte important am putea să abordăm funcțiile interpretărilor. Mă refer aici la interpretările clasice, în perioadele *dintre* regresii succesive. Problema tehnică la care mă gândesc este cum să integrăm cele două sarcini importante care trebuie să fie îndeplinite de aceleași interpretări. Una dintre ele este crearea și menținerea unei atmosfere în care se pot produce anumite evenimente importante pe plan terapeutic; iar cea de-a doua este de a face pacientul capabil să înțeleagă care au fost contribuțiile analistului său și care au fost propriile sale contribuții la crearea acestei atmosfere; pe de o parte, felul în care aceste două sarcini se determină reciproc și, pe de altă parte, cum determină ele rezultatul final.

Sper că a devenit clar faptul că, orice atmosferă ar fi creată, aceasta va conduce la anumite interpretări și le va exclude pe altele; și, pe de altă parte, anumite interpretări creează o atmosferă

particulară, evitând să creeze o alta, care ar fi cu totul diferită.

⁶⁶ După cum am anticipat în articolul meu „Noul început și sindroamele paranoide și depresive“ (1952), acest doliu este legat de renunțarea la imaginea narcisică de sine care s-ar fi putut dezvolta la origine ca un fel de supracompensare a defectului fundamental. A fost o supracompensare de același fel care ne-a făcut să credem că un tratament analitic încheiat în întregime i-ar permite pacientului să nu mai recurgă la inhibiții și la refulări inutile. Această imagine idealizată echivala cu a spune că după o analiză propriu-zisă un pacient nu ar mai putea avea vreo deficiență în personalitatea sa. Acest caz ideal poate fi mai mult sau mai puțin apropiat nivelului oedipian, însă este nerealist să ne așteptăm să se întâmple la fel la nivelul defectului fundamental. Defectul fundamental nu poate fi nici îndepărtat, nici rezolvat, nici anulat; el poate, eventual, să se vindece lăsând o cicatrice, ceea ce înseamnă că, dacă a existat în trecut, rămâne detectabil pentru totdeauna. Procesul de doliu înfățișat aici se referă la abandonarea definitivă a oricărei speranțe de a atinge idealul de sine fără vreo deficiență; un tratament reușit trebuie să conducă la acceptarea existenței în sine a defectului fundamental și la adaptarea realistă la această stare de fapt.

Bibliografie

- ALEXANDER, F. (1956) Two forms of regression and their therapeutic implications. *Psychoanal. Quart.* Vol. 25. Republicată în *The scope of Psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1961.
- ARLOW, J. (1963) Conflict, regression and symptom formation. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 44, p. 12.
- BALINT, ENID (1963) On being empty of oneself. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 44, p. 470.
- BALINT MICHAEL (1932) Character analysis and new beginning.
- (1934) The final goal of psycho-analytic treatment.
 - (1935) Critical notes on the theory of the pregenital organization of the libido.
 - (1937) Early developmental states of the Ego. Primary object-love.
 - (1948) On genital love. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 29.
 - (1949) Changing Therapeutical aims and techniques in psychoanalysis.
 - (1951) On love and hate.
- (Cele două lucrări citate mai sus sunt incluse în Balint, Michael, (1952)).
- (1952) *Primary love and psycho-analytic technique*. Prima ediție: Hogarth Press, Londra; Liveright Publishing Co., New York. A doua ediție: Tavistock Publications, Londra; Liveright Publishing Co., New York, 1965.
 - (1955) Notes on parapsychology and parapsychological healing, *Int. J. Psycho-anal.*, vol. 36.
 - (1956) Pleasure, object and libido. *Brit. J. Med. Psychol.* Vol. 29, p. 162.
 - (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman, Londra; International Universities Press, New York. A doua ediție, 1964.
 - (1958) The three areas of the mind. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 39, p. 1.

- (1959) *Thrills and regressions*. Hogarth, Londra; International Universities Press, New York.
- (1960) The regressed patient and his analyst. *Psychiatry* Vol. 23, p. 231.
- BIBRING, EDWARD (1936) Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. *Int. Zeitschrift für Psa.* 1937, vol. 23, p. 18.
- BIBRING, EDWARD (1954) Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* Vol II, p. 745.
- BION, W.R. (1962) *Learning from experience*. Heinemann, Londra.
- (1963) *Elements of psychoanalysis*. Heinemann, Londra.
- BOWLBY, J. (1958) The nature of the child's attachment to his mother. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 39, p. 350.
- CLYNE, M.B. (1962) *Night calls*. Tavistock Publications, London; Lippincott, Philadelphia.
- DEUTSCH, HELENE (1937) Don Quijote and donquijotism. *Psychoanal. Quart.* Vol. 6, p. 215.
- DOI TAKEO (1962) Amae — A key concept for understanding japanese personality structure. *Psychologia (Kyoto)* Vol. 5, 1.
- (1963) Some thoughts on helplessness and the desire to be loved. *Psychiatry* Vol. 26, p. 266.
- EISSLER, K. (1953) The effect of the structure of the Ego on psychoanalytic technique. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* Vol. I, p. 104.
- FENICHEL, O. (1945) *The psychoanalytical theory of neurosis*. Norton, New York.
- FERENCZI, S. (1919) Technical difficulties in the analysis of a case of hysteria.
- (1921) Further development of the active therapy in psychoanalysis.
- (1924) On forced phantasies.
- (1926) Contra-indications to the active psychoanalytic technique.
- (Lucrările citate mai sus au fost republicate în *Further Contributions*, Hogarth Press, London, și Basic Books, New York, a doua ediție, 1950.)
- (1924) *Thalassa: A theory of genitality*, English Edition, *Psychoanalytic Quarterly*, New York, 1934.
- (1928) The elasticity of psychoanalytic technique.
- (1930) The principle of relaxation and neo-catharsis.
- (1931) Child analysis in the analysis of adults.

- (1932) Confusion of tongues between the adults and the child.
 - (1932) Notes and fragments.
- (Toate lucrările citate mai sus au fost republicate în *Final Contributions*, Hogarth Press, London, și Basic Books, New York, 1955.)
- FREUD, A. (1936) Eul și mecanismele de apărare, EFG, București, 2002.
- (1963) Regression as a Principle in Mental Development. *Bull. Menninger Clinic*. Vol. 27, p. 126.
- FREUD, S. (1894) Psihonevrozele de apărare. Opere complete, vol. XII, Editura Trei, București, 2005.
- (1895) Studii despre isterie. Opere complete, vol. XII, ed. cit.
 - (1895) Manuscript „H“ — În *The Origins of Psycho-Analyse*. Imago Publishing Company, Londra, 1950.
 - (1896) Despre etiologia isteriei. Opere complete, vol. V, Editura Trei, București, 2001.
 - (1900) Interpretarea viselor. Opere esențiale, vol. II, Editura Trei, București, 2010.
 - (1905) Fragment dintr-o analiză de isterie. Opere complete, vol. V, ed. cit.
 - (1905) Trei eseuri asupra teoriei sexualității. Opere complete, vol. VI, Editura Trei, București, 2001.
 - (1907) Delir și vise în *Gradiva* de Jensen, Opere esențiale, vol. X, ed. cit.
 - (1909) Introducere în psihanaliză. Opere esențiale, vol. I, ed. cit.
 - (1909) Micul Hans. Analiza fobiei unui băiețel de 5 ani. Opere esențiale, vol. VIII, ed. cit.
 - (1909) Remarci asupra unui caz de nevroză obsesională. Opere complete, vol. VII, Editura Trei, București, 2004.
 - (1910) O amintire din copilărie a lui Leonardo Da Vinci. Opere esențiale, vol. X, ed. cit.
 - (1911) Observații despre un caz de paranoia (dementia paranoides) descris autobiografic. Opere complete, vol. VII, ed. cit.
 - (1912) Despre dinamica transferului. Opere esențiale, vol. XI, ed. cit.

- (1913) Totem și tabu. Opere complete, vol. IX, Editura Trei, București, 2009.
 - (1914) Pentru a introduce narcisismul. Opere complete, vol. III, Editura Trei, București, 2004.
 - (1914) Amintire, repetiție și elaborare. Opere esențiale, vol. XI, ed. cit.
 - (1914) Despre istoria mișcării psihanalitice. Opere complete, vol. XVI, Editura Trei, București, 2007.
 - (1915) Remarci despre iubirea de transfer. Opere esențiale, vol. XI, ed. cit.
 - (1916/17) Prelegeri de introducere în psihanaliză. Opere esențiale, vol. I, ed. cit.
 - (1917) Completare metapsihologică la teoria viselor. Opere complete, vol. III, ed. cit.
 - (1918) Șansele viitoare ale terapiei psihanalitice. Opere esențiale, vol. XIX, ed. cit.
 - (1920) Dincolo de principiul plăcerii. Opere complete, vol. III, ed. cit.
 - (1923) Two Encyclopedia Articles. Standard Edition, Vol. XVIII.
 - (1923) Eul și Se-ul. Opere complete, vol. III, ed. cit.
 - (1925) An Autobiographical Study. Standard Edition, Vol. XX.
 - (1926) Inhibiție, simptom, angoasă. Opere complete, vol. V, ed. cit.
 - (1937) Analiză cu final și analiză nesfârșită. Opere esențiale, vol. 11, ed. cit.
 - (1940) Compendiu de psihanaliză. Opere complete, vol. XIII, Editura Trei, București, 2005.
- FROMM, E. (1963) *The dogma of Christ and other essays on religion, Psychology and culture*. Routledge, Londra, 1963.
- GILL, M.M. și BRENMAN, M. (1959) *Hypnosis and Related States*. International Universities Press, New York.
- GRECO, R.S. și PITTENGER, R.A. (1966) *One man's practice*, Tavistock Publications, Londra; Lippincott, Philadelphia.
- GREENACRE, PHYLLIS (1952) Pregenital Patterning. *Int. Psycho-anal.* Vol. 33, p. 414.
- (1953) *Trauma, Growth and personality*, Hogarth Press, London.

- (1960) Regression and Fixation. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* Vol. VIII, p. 703.
- HARTMANN, HEINZ (1956) The Ego concept in Freud's work. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 37.
- HILL, LEWIS B. (1955) Psychoterapeutic intervention in Schizophrenia. Univ. of Chicago Press, Chicago.
- HOFFER, WILLI (1959) Reconsideration of Freud's concept — „Primary narcissism“. Lucrarea a fost dezbătută în cadrul Societății Britanice Psihanalitice în iunie, 1959.
- JONES, ERNEST (1927) The early development of female sexuality. Republicată în *Papers on psycho-analysis*, Baillière, Tindall and Cox, Londra, a IV-a ediție, 1938.
- (1953) Sigmund Freud, vol. I, Hogarth Press, Londra.
- (1957) Sigmund Freud, vol. III, Hogarth Press, Londra.
- KANZER, MARK (1955) The communicative function of the dream. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 36, p.261.
- KHAN, M.M.R. (1962) Dream psychology and the evolution of the psychoanalytic situation. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 43.
- KLEIN MELANIE, *et al.* (1955) *New directions in psycho-analysis*. Tavistock Publications, Londra; Basic Books, New York.
- KLEIN MELANIE (1957) *Invidie și recunoștință*. Opere complete, vol. 2, Editura Trei, București, 2008.
- KNAPP, P. (1959) Vezi mai jos discuțiile din Comisie (1959) cu privire la criteriile de analizabilitate.
- KRIS ERNST (1935) The psychology of caricature. Republicată în *Psychoanalytic exploration in Art*. International Universities Press, New York.
- (1952) *Psychoanalytic exploration in Art*. International Universities Press, New York.
- LAMPL-DE GROOT, J. (1963) Symptom formation and character formation. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 44, p. 1.
- LASK, A. (1966) *Asthma: Attitude and milieu*. Tavistock Publications, Londra; Lippincott, Philadelphia.
- LEWIN, BERTRAM D. (1958) *Dreams and the uses of regression*. International Universities Press, New York.
- LITTLE, MARGARET (1957) „R“. The analyst's total response to his patient's needs. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 38.
- (1958) On delusional transference. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 39, p. 134.

- LOCH, WOLFGANG (1963/4) Regression. *Psyche*. Vol. 17, pp. 516–545.
- LOEWENSTEIN, R. (1958) Remarks on some variation in psychoanalytic technique. *Int. J. Psycho-anal.*, vol. 39, p. 202.
- MAIN, T.F. (1957) The ailment. *Brit. J. Med. Psychol.* Vol. 30.
- PANEL DISCUSSIONS (1957) Technical Aspects of regression during psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 1958, vol. VI.
- (1957) Technical aspects of transference. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 1958, vol. VI.
 - (1959) Criteria for analysability. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 1960, vol. VIII.
 - (1960) Panel on analysability. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* Vol. VIII, pp. 86–95.
 - (1963) Panel on analysability. *Bull. Philadelphia Ass. Psychoanal.* Vol. 13, pp. 36–39.
 - (1966) Severe regressive states during analysis. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* Vol. 14, p. 538.
- RANK, OTTO (1924) *Don Juan-Gestalt*. Int. Psa. Verlag, Viena.
- REICH, ANNIE (1953) Narcissistic object choice in women. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* Vol. 1, p. 22.
- RICKMAN, JOHN (1951) Number and the human sciences. În *Psychoanalysis and culture*, International Universities Press, New York. (Republicată în *Selected Contributions on Psychoanalysis*. Hogarth Press, Londra, 1957.)
- SEARLES, HAROLD F. (1961) Sources of the anxiety in paranoid schizophrenia. *Brit. J. Med. Psychol.* Vol. 34, p. 129.
- (1963) The place of neutral therapist responses in psychotherapy with the schizophrenic patient. *Int. J. Psychoanal.* Vol. 44, p. 42.
 - (1963) Transference psychosis in the Psychotherapy of chronic schizophrenia. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 44, p. 249.
- SPITZ, RENÉ (1946) Anaclitic Depression. *The psychoanalytic study of the child*. Vol. 2.
- STANTON, A.H., și SCHWARZ, M.S. (1954) *The mental hospital*. Basic Books, New York.
- STRACHEY, JAMES (1961) Editorial notes to Freud's *The Ego and The Id*. Standard Edition. Vol. XIX.
- WEISS, EDUARDO (1957) A comparative study of psychoanalytical Ego concepts. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 38, p. 212.

WINNICOTT, D.W. (1949) Ură în contratransfer, Opere, vol. 1, Editura Trei, București, 2002.

- (1951) Obiecte tranziționale și fenomene tranziționale, Opere, vol. 1, ed. cit.

- (1958) De la pediatrie la psihanaliză, Opere, vol. 1, ed. cit.

- (1958) Capacitatea de a fi singur, Opere, vol. 4, Editura Trei, București, 2004.

ZETZEL, E. (1956) Current concepts of transference. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 37, p. 372.

Bibliografie specială cu privire la dependența orală și stările asemănătoare acestora

Dependența orală

ALEXANDER, F. (1950) *Medicina psihosomatică*. Editura Trei, București, 2008.

MASSERMAN, J. (1951) Some current concepts of sexual behavior. *Psychiatry*, vol. 14.

MERLOO, J. (1952) Artificial ecstasy. *J. Nerv. Ment. Dis.* Vol. 115, pp. 246–266.

GRUNBERGER, B. (1953) Oral conflicts and hysteria. *Rev. Franc. Psa.* Vol. 17.

FRIEDMAN, L.J. (1953) Defensive aspects of orality. *Int. J. Psycho-anal.* Vol. 34.

KLEIN, MELANIE, *et al.* (1955) *New directions in psychoanalysis*. Tavistock Publications, Londra; Basic Books, New York.

Obiectul care satisface nevoile

FREUD, A. (anii războiului și 1963) Conceptul de linii de dezvoltare. În *Normal și patologic la copil*, Editura Fundației Generația, București, 2002.

Matricea extrauterină

MAHLER, M. (1952) On childhood psychosis and schizofrenia. *Psycho-anal. Study child.* Vol. 7.

Mediul îndeajuns de bun

WINNICOTT, D.W. (1941) Observarea bebelușilor într-o situație prestabilită. În Opere, vol. 1, Editura Trei, București, 2003.

Mama obișnuit devotată

WINNICOTT, D.W. (1949) The ordinary devoted mother and her baby. In *Collected Papers*.

Preocuparea maternă primitivă

Winnicott, D.W. (1956) Preocuparea maternă primitivă. În Opere, vol. 1, ed. cit.

Funcția de susținere

Winnicott, D.W. (1960) Teoria relației părinte-bebeluș. În Opere, vol. 4, Editura Trei, București, 2004.

Unitatea de bază

Little, Margaret (1960) On Basic Unity. *Int. J. Psycho-Anal.* Vol. 41.

Mediu facilitator

Winnicott, D.W. (1963) Tulburările psihiatrice discutate în termeni de procese infantile de maturizare. În Opere, vol. 4, ed. cit.

Scut protector

Khan, M. (1963) The Concept of Cumulative Trauma. *Psychoanal. Study Child.* Vol. 18.

Mediatorul mediului

Spitz, R. (1965) *The first Year of Life*. International Universities Press, New York

Index^{*67}

A

abstinență 11, 76, 172, 205, 206, 208, 209, 248, 262
aer 126, 129, 131, 132, 226, 227
afazie 158
agresivitate 107, 118, 131, 132, 133, 152, 182, 196, 265, 276, 283, 292
amestec armonios 113, 125, 128, 133, 134, 137, 138, 226, 267, 283
anacletic 85, 89, 96, 99, 139
analist 6, 20, 21, 24, 27, 30, 35, 41, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 106, 107, 113, 129, 133, 141, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 156, 159, 161, 162, 163, 168, 170, 172, 173, 174, 177, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 195, 196, 205, 206, 208, 209, 211, 212, 214, 215, 217, 218, 221, 223, 224, 227, 228, 232, 233, 234, 235, 237, 239, 240, 244, 248, 249, 254, 257, 260, 262, 263, 264, 268, 270, 271, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300
analiză 16, 43, 49, 107, 112, 173, 174, 180, 208, 216, 248, 285, 293, 296, 306, 307
angoasă 27, 46, 54, 63, 66, 107, 112, 120, 128, 130, 165, 240, 283, 286, 292, 307
Anna O. 231, 232, 233, 237
apă 112, 125, 126, 129, 227, 239, 271
artă 50
aspirații 110, 208, 209, 211, 263
atașament 96
autoerotism 83, 84, 85, 88, 89, 122, 138

B

bipersonal 22, 25, 34, 48, 58, 65, 68, 69, 70, 77, 264, 266, 281, 287

C

clarviziune 62
clivaj 52, 155, 156, 157, 185, 187, 282

Compendiu de psihanaliză 83, 86, 90, 91, 95, 307
 complex Oedip 50, 57, 67, 83, 128, 153
 comunicare nonverbală 143, 168, 280, 281
 comunicare verbală 143, 196, 282
 conflict 22, 27, 47, 52, 56, 57, 58, 65, 66, 69, 72, 73, 74, 75, 77, 78,
 96, 110, 111, 113, 154, 155, 156, 157, 159, 171, 185, 189, 195,
 207, 224, 242, 259, 260, 268, 269, 282, 287, 288
 confuzia limbajelor 194
 confuzie 194
 contact fizic 240
 contratransfer 194, 195, 211, 232, 248, 310
 creativitate 73
 creativitate artistică 69, 71, 73, 138, 251, 252
 cucerire 131, 138, 298
 curiozitate 29, 83, 167

D

denegare 42, 47
 dependență 108, 109, 110, 118, 125, 132, 133, 154, 157, 189, 242,
 265, 266, 267, 270, 273, 274, 275, 287, 298
 depersonalizare 47
 distructiv 131, 185, 227
 dezintricare 43
 doliu 293, 294
 Dora 203, 207, 208

E

erotism 56, 85
 Eu 42, 43, 46, 48, 49, 52, 76, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95,
 100, 105, 119, 120, 125, 127, 131, 134, 136, 153, 187, 188, 219,
 221, 234, 251, 252, 254, 260, 305, 307

F

fenomene interpersonale 261
 filobatism 128, 130, 137, 267
 foc 129, 227
 Freud, S. 5, 6, 17, 19, 31, 34, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 76,
 77, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96,
 97, 98, 99, 100, 101, 102, 105, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122,
 123, 135, 137, 138, 139, 144, 145, 149, 166, 167, 168, 171, 172,
 173, 175, 176, 177, 179, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208,
 209, 210, 211, 212, 213, 222, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 242,

243, 245, 246, 247, 249, 250, 252, 254, 260, 261, 262, 264, 267,
272, 275, 280, 297, 299, 307, 308, 309

Freud și Ferenczi, dezacord 245

frustrare 26, 29, 43, 51, 59, 63, 76, 77, 95, 105, 114, 124, 127, 133,
156, 192, 194, 195, 262, 273, 276

G

genital 39, 50, 56, 119, 171, 234, 241, 242, 303

gratificare 27, 40, 43, 57, 61, 76, 114, 150, 190, 192, 195, 223, 226,
230, 234, 235, 237, 238, 240, 242, 243, 252, 263, 273, 276, 289,
295, 298

H

homosexualitate 98, 99

hrană 56, 83, 104

I, Î

identificare 41, 90, 119, 120, 182, 190

indestructibil 227, 239, 271

inhibare 205, 307

interpretare 5, 46

intrauterin 102, 117, 118

intricare 43

introiecții 41

investire libidinală 92, 93, 96

invidie 158, 172, 276, 308

iubire 5, 6, 21, 24, 27, 35, 59, 62, 79, 82, 90, 109, 111, 124, 132,
135, 137, 148, 189, 220, 226, 244, 259, 273, 288, 289

iubire primară 5, 6, 21, 24, 25, 35, 59, 78, 79, 88, 114, 122, 124,
129, 137, 139, 140, 189, 259, 273, 281, 283, 288

întărire 41, 42, 113, 277

L

lăcomie 65, 195, 276

libidou 19, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 98, 100, 101, 107, 117,
118, 122, 125, 127, 130, 135, 136, 148, 156, 219

M

maladie 98, 101, 165, 172, 184, 295

mama 81, 82, 98, 102, 104, 108, 109, 118, 120, 121, 125, 156, 187,
272, 296, 311

marele experiment 192, 193

mecanisme de apărare 53, 182, 201, 202, 203, 204, 213, 243, 251, 259, 305
mediu facilitator 311
melancolie 47, 107
Micul Hans 51, 203, 306

N

narcisism 5, 21, 25, 26, 35, 43, 78, 79, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 203, 306
nevroză obsesională 306
nou început 19, 25, 133, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 233, 234, 235, 236, 237, 240, 241, 242
nou-născut 102, 119, 120, 121, 125, 231

O

obiect 6, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 41, 42, 43, 44, 48, 53, 56, 57, 59, 68, 69, 70, 71, 75, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 94, 96, 98, 99, 100, 103, 107, 109, 110, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 147, 150, 154, 169, 190, 214, 217, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 230, 233, 234, 236, 237, 238, 243, 244, 252, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 283, 288, 290, 293, 298
obiecte primare 19, 129, 131, 226, 227, 231, 238, 288
obiecte tranziționale 310
ocnofilie 128, 130, 137, 267
oedipian 21, 29, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 63, 64, 65, 69, 72, 74, 75, 77, 78, 147, 148, 151, 155, 156, 159, 168, 169, 171, 176, 179, 185, 195, 224, 242, 281, 282, 285, 293, 294
omnipotent 64, 271, 276, 280, 287, 288, 295, 298
Omul cu lupi 209
Omul cu șobolani 203
orgasm 103, 137, 138, 181

P

pacient tăcut 72, 154, 283, 284
parapsihologie 62
pământ 129, 158, 215, 227, 239, 271
penis 158, 172

perlaborare 5, 39, 46, 48, 49, 54, 55
 persecutor 63, 153, 240, 286, 290, 292
 pofte 211, 233, 238, 247, 249, 262, 263, 272, 299
 pregenital 19, 26, 39, 50, 51, 56, 57, 119, 135, 136, 154, 171, 303
 preoedipian 50, 56, 58, 154, 185, 238
 prima copilărie 86, 103, 119, 127, 178, 207
 principiul relaxării 248, 280
 privare 192, 206, 208, 210, 262
 proces creator 29
 procese terapeutice 40, 42, 44, 55, 151, 154, 193, 292
 proiecție 47, 51
 psihism 21, 44, 48, 55, 58, 66, 67, 75, 76, 77, 153, 154, 165, 187, 201, 239
 psihologia Eului 8, 10, 11, 22, 23, 24, 46, 83, 218
 psihosomatic 13, 67, 310
 psihoză 67, 85, 159
 pulsione de moarte 178, 206, 208
 pulsuni 8, 11, 14, 18, 19, 30, 43, 83, 86, 114, 144, 168, 178, 205, 206, 208, 218, 219, 234, 259, 262, 263, 274
 punere în act 47, 143, 144, 150, 237, 239, 287, 291, 300

R

recucerire 127, 131
 regresie 3, 4, 6, 12, 18, 19, 20, 21, 24, 27, 35, 53, 78, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 111, 112, 114, 115, 130, 133, 138, 139, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 155, 156, 159, 160, 161, 170, 171, 179, 185, 187, 188, 189, 190, 197, 199, 201, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 221, 222, 224, 225, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 267, 268, 271, 272, 273, 278, 279, 280, 284, 285, 287, 288, 291, 292, 294, 295, 297, 298, 299
 regresie terapeutică 6, 229, 240
 relaxare 248, 280
 resentiment nerezolvat 156

S

sadism 26, 43, 83, 124, 265
 sân 158, 179, 180, 274
 sânul mamei, sânul matern 81, 82, 83, 266

schizofrenie 98, 105, 106, 108, 115, 130, 139, 140, 160, 218, 311
 Schreber 84, 203
 scopofilie 83
 Se 42, 43, 46, 76, 88, 90, 91, 93, 94, 95, 100, 119, 122, 125, 260, 307
 semn diagnostic 63, 156, 194, 295
 sentiment de vid 63
 sentiment oceanic 137
 simptom 46, 59, 67, 72, 103, 107, 131, 132, 172, 185, 192, 194, 195, 206, 208, 209, 220, 227, 230, 234, 237, 241, 244, 250, 251, 286, 295, 299, 307
 somn 98, 101, 102, 103, 104, 115, 139
 stare ideală de bine 114
 sublimare 252
 supraestimare 98, 100
 Supraeu 40, 41, 42, 76, 86, 90, 93, 94, 183
 supt 82

T

tăcerea pacientului 237
 tehnica activă 209, 248
 telepatie 62
 transfer 9, 29, 30, 39, 43, 54, 57, 63, 70, 75, 144, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 192, 194, 195, 204, 205, 206, 208, 209, 216, 217, 220, 225, 229, 230, 232, 236, 241, 242, 243, 245, 251, 260, 261, 262, 270, 274, 275, 276, 282, 283, 298, 306
 traumă, traumatic 19, 22, 29, 52, 102, 148, 189, 194, 210, 211, 238, 246, 247, 250, 253
 travaliu analitic 5, 48, 50, 53, 55, 56, 107, 145, 156, 160, 168, 183, 191, 210, 221, 260, 271, 276, 281, 284, 287
 travaliu de cucerire 131, 138, 298

U

unipersonal 70, 264
 ură 26, 27, 42, 111, 124, 132, 133, 182, 183, 195, 196, 220, 224, 276, 292

V

verbalizare 146, 181
 vis 103, 252

^{67*} Numărul paginilor se referă la ediția tipărită a cărții și la ediția digitală în format PDF.

Table of Contents

Cum să citim „Defectul fundamental“. O
introducere la ideile semnificative ale lui
Michael Balint cu privire la procesul
tratamentului psihanalitic

Prefață la ediția din 1979

Prefață

PARTEA I. Cele trei zone ale aparatului psihic

Capitolul 1. Procesele terapeutice și
localizarea lor

Capitolul 2. Interpretare și perlaborare

Capitolul 3. Cele două niveluri ale
travaliului analitic

Capitolul 4. Aria defectului fundamental

Capitolul 5. Aria creației

Capitolul 6. Rezumat

PARTEA A II-A. Narcisism primar și iubire
primară

Capitolul 7. Cele trei teorii ale lui Freud

Capitolul 8. Contradicții inerente

Capitolul 9. Fenomene clinice referitoare
la narcisism

Capitolul 10. Schizofrenie, adicție și alte
stări narcisice

Capitolul 11. Stări prenatale și postnatale
timpurii

Capitolul 12. Iubirea primară

Capitolul 13. Iubirea adultă

PARTEA A III-A. Abisul și răspunsurile analistului

Capitolul 14. Regresia și copilul din
pacient

Capitolul 15. Problema limbajului în
educație și în cura psihanalitică

Capitolul 16. Tehnica clasică și limitările
sale

Capitolul 17. Riscuri inerente ale
interpretării sistematice

Capitolul 18. Riscuri inerente ale gestionării regresiei	
PARTEA A IV-A. Forme benigne și forme maligne de regresie	
Capitolul 19. Freud și noțiunea de regresie	
Capitolul 20. Simptomatologie și diagnostic	
Capitolul 21. Gratificări și relații de obiect	
Capitolul 22. Diferite forme de regresie terapeutică	
Capitolul 23. Dezacordul între Freud și Ferenczi și repercusiunile sale	
PARTEA A V-A. Pacientul în regresie și analistul său	
Capitolul 24. Regresie terapeutică, iubire primară și defectul fundamental	
Capitolul 25. Analistul discret	
Capitolul 26. Depășirea abisului	
Bibliografie	
Index	

Table of Contents

Cum să citim „Defectul fundamental“. O introducere la ideile semnificative ale lui Michael Balint cu privire la procesul tratamentului psihanalitic	6
Prefață la ediția din 1979	30
Prefață	32
PARTEA I. Cele trei zone ale aparatului psihic	34
Capitolul 1. Procesele terapeutice și localizarea lor	35
Capitolul 2. Interpretare și perlaborare	41
Capitolul 3. Cele două niveluri ale travaliului analitic	45
Capitolul 4. Aria defectului fundamental	55
Capitolul 5. Aria creației	63
Capitolul 6. Rezumat	68
PARTEA A II-A. Narcisism primar și iubire primară	73
Capitolul 7. Cele trei teorii ale lui Freud	74
Capitolul 8. Contradicții inerente	81
Capitolul 9. Fenomene clinice referitoare la narcisism	90
Capitolul 10. Schizofrenie, adicție și alte stări narcisice	98
Capitolul 11. Stări prenatale și postnatale timpurii	108
Capitolul 12. Iubirea primară	115
Capitolul 13. Iubirea adultă	127
PARTEA A III-A. Abisul și răspunsurile analistului	132
Capitolul 14. Regresia și copilul din pacient	133
Capitolul 15. Problema limbajului în educație și în cura psihanalitică	151
Capitolul 16. Tehnica clasică și limitările sale	161
Capitolul 17. Riscuri inerente ale interpretării sistematice	168
Capitolul 18. Riscuri inerente ale gestionării regresiei	176
PARTEA A IV-A. Forme benigne și forme maligne de regresie	186
Capitolul 19. Freud și noțiunea de regresie	187

Capitolul 20. Simptomatologie și diagnostic	198
Capitolul 21. Gratificări și relații de obiect	207
Capitolul 22. Diferite forme de regresie terapeutică	213
Capitolul 23. Dezacordul între Freud și Ferenczi și repercusiunile sale	228
PARTEA A V-A. Pacientul în regresie și analistul său	238
Capitolul 24. Regresie terapeutică, iubire primară și defectul fundamental	239
Capitolul 25. Analistul discret	258
Capitolul 26. Depășirea abisului	270
Bibliografie	280
Index	288